EAR
NOSE
And
THROAT DISEASES

DR. ABDUL BARI
FACULTY OF MEDICINE
JAMIA HAMDARD
NEW-DELHI-62

Aijae Publishing House
2861, Kucha Chelan, Darya Ganj,
New Delhi-110002

EAR, NOSE AND TOROAT DISEASES

DR. ABDUL BARI

FACULTY OF MEDICINE

JAMIA HAMDARD

NEW-DELHI-62

Ph-09891423776 9721388567

FIRST EDITION: 2004

PRINT: 500

PRICE: 150.00

M.R. PRINTERS:
KUCHA CHALAN DARYA GANJ, N.D-2

Aijaz Publishing House
2861, Kucha Chelan, Darya Ganj.
New Delhi-110002

DEDICATED

TO

MY LOVING PARENTS

INDEX (فہرست)

Section I: Throat (حلق)

Section II: Ear (اذن)

Section III: Nose (انف)

پیش لفظ

طب یونانی کی اہمیت وافادیت ہمیشہ سے مسلم رہی ہے، اپنے آغاز سے لیکر آج تک اس پر عروج وزوال کے مختلف ادوار گزرے ہیں، اسکے باوجود آج بھی یہ زندہ اور تابندہ ہے۔ طبیہ کالجوں میں نصاب تعلیم کے مطابق کتب کی دستیابی ایک سنجیدہ مسئلہ ہے۔ اسی ضرورت کے پیش نظر میں یہ کتاب ایک اہم موضوع "امراض اذن، انف وحلق" پر پیش کرنے کی کوشش کی ہے۔ ایسا نہیں ہیں کہ اس فن پر یہ پہلی کتاب ہے مگر میں سمجھتا ہوں کہ اس طرز پر یہ شاید پہلی کتاب ہوگی، کیونکہ الگ الگ یونانی اور طب جدید کی مستند ومفید کتب کی تو کمی نہیں ہیں مگر ایسی کتاب جس میں قدیم وجدید کو بخوبی ملا کر پیش کیا گیا ہو، اس ناچیز کی نظر سے نہیں گزری۔ چنانچہ یہی اس کتاب کا سبب تالیف ہے۔

اس کتاب میں امراض اذن، انف وحلق، انکی تعریف، اقسام، اسباب، ماہیت الرضی تبدیلیاں، پیچیدگیاں، جدید علاج اور سب سے اہم اور قابل ذکر یہ کہ یونانی علاج کا بیان جامعیت اور اختصار کے ساتھ پیش کیا گیا ہے۔ اپنی جامعیت نیز اختصار کی مناسبت سے یہ کتاب طلباء کیلئے امتحان کی ضرورتوں کے پیش نظر اور پوسٹ گریجویشن کے نیسٹ کی تیاری کے مدنظر مفید اور قابل استفادہ ثابت ہوگی۔

اس سے قبل میری پہلی کاوش "الشریف جامع الادویہ" کے نام سے منظر عام پر آچکی ہے۔ جو اللہ کے فضل سے طلباء کے درمیان کافی مقبول ہوئی۔ اس کتاب کی تیاری میں طب جدید کی مستند کتب اور یونانی کے معتبر مصادر سے مدد لی گئی ہے، اور معلومات کو صحیح اور قابل اعتماد ڈھنگ سے پیش کرنے کی حتی الامکان کوشش کی گئی ہے، تا کہ یہ طلبہ کیلئے امتحان کے نقطہ نظر سے مفید تر ثابت ہو سکے اور زیادہ سے زیادہ مواد اخذ ہو سکے۔

آخر میں میری قارئین بالخصوص اس میدان کے ماہرین سے مودبانہ گزارش ہے کہ اگر کوئی خامی نظر آئے اور بشریت کے تقاضے کے مطابق یقیناً ہوگی تو براہ کرم مطلع کریں تا کہ آئندہ اسے دور کر کے مزید مفید بنایا جا سکے۔ تعمیری تنقید کا تہہ دل سے استقبال ہے۔

اللہ تعالیٰ سے دعاء ہے کہ وہ میری اس کاوش کو طلبہ کیلئے مفید تر بنادے اور میرے حق میں دعاؤں کا وسیلہ۔

طالب دعا

ڈاکٹر عبد الباری (ایم ڈی)

فیکلٹی آف میڈیسن (یونانی)

جامعہ ہمدرد، نئی دہلی۔۶۲

بتاریخ ۷ ارمئی ر۲۰۰۴

مقدمہ

۷۸٦

زیر نظر کتاب اپنے موضوع اور جامعیت کے لحاظ سے طلباء کے لئے ایک مفید اور کار آمد کتاب ہے۔ طلباء کو امتحان کے دنوں میں کم وقت کے اندر پورا کورس پڑھنا اور یاد کرنا ہوتا ہے۔ اس لحاظ سے یہ بہت اچھی کتاب ہے۔ ڈاکٹر عبدالباری نے طالب علموں کی پریشانی کو ذہن میں رکھتے ہوئے اختصار کو جامعیت کا جو جامہ پہنایا ہے اس کے لئے وہ مبارکباد کے مستحق ہیں۔

یہ کتاب نہ صرب طلباء کو علمی معلومات فراہم کریگی بلکہ ان کو عملی زندگی میں بھی معاون ہوگی۔

امید ہے کہ موصوف کی یہ آخری کاوش نہیں ہوگی بلکہ اس طرح علمی تحریریں وقتاً فوقتاً ان کی قلم کے نکلتی رہیں گی۔

طارق اکرم صدیقی
ہیڈ۔ شعبہ جراحیات
فیکلٹی آف میڈیسن (یونانی)
جامعہ ہمدرد، نئی دہلی۔۶۲

۱۹ فروری ۲۰۰۴ء

تاثرات

طب یونانی جو کہ ایک مکمل سائنس ہے۔ یہ کہنے میں کون مضائقہ نہیں کہ طب یونانی تمام طبوں کا محور ہے کسی طب کی شاخ نہیں۔ اسی کے بطن سے تمام طریقہائے تشخیص وعلاج نے جنم لیا ہے۔ اگر طب کے ارتقائی سفر کا دیانتدارانہ بلکہ غیر جانبدارانہ مطالعہ کیا جائے تو یہ حقیقت واضح ہوتی ہے کہ طب جدید کی بھی جدید، بلند اور دلکش عمارت کی خشت اول طب یونانی ہی ہے۔

اذن، انف وحلق ایک اہم موضوع ہے۔ اس موضوع پر ماضی میں چند قابل قدر تصانیف منظر عام پر آچکی ہیں۔ لیکن پھر بھی یہ موضوع تشنۂ تحقیق تھا۔ شدت سے اس بات کی ضرورت محسوس کی جارہی تھی کہ اس موضوع پر ایسی مختصر، جامع، معلومات افزااور خاص طور سے سلیس وشستہ اردو زبان میں ایسی کتاب تیار کی جائے جو ایک طرف طلبہ کی نصابی ضرورتوں کی تکمیل کرے تو دوسری طرف قدیم معلومات اور جدید اکتشافات وتحقیقات کا خوصورت سنگم ہو۔

مجھے انتہائی خوشی ہے کہ جامعہ ہمدرد کے ایک ذہین اور جفاکش جواں سال طبیب نے نہایت عرق ریزی کے ساتھ اس موضوع پر قلم اٹھایا۔ انہوں نے کتاب میں طب یونانی اور طب جدید کی معلومات کو نہایت خوبی کے ساتھ سمویا ہے ساتھ ساتھ یہ کتاب سی سی آئی ایم کے نصاب تعلیم کے مطابق بھی ہے۔

میری توقع حق بجانب ہوگی کہ یہ کتاب صرف طلبہ ہی نہیں بلکہ جو حضرات انگریزی سے بخوبی واقفیت نہیں رکھتے ان کے لئے بھی سودمند ہوگی۔

تصنیفی میدان میں ان کی یہ دوسری کاوش ہے جسمیں یہ کامیاب ہیں اس سے قبل ان کی ایک تالیف الشریف جامع الادویہ منصۂ شہود پر آچکی ہے جو کہ بیحد مقبول ہوئی۔

میں نے اس کتاب کا جابجا مطالعہ کیا تو خوشی ہوئی کہ اس نووارد اقلیم طب کی افتاد بہت حوصلہ افزاء ہے۔

دعا ہے کہ اس کتاب کو طبی حلقے میں قبول عام حاصل ہو۔ جو کہ اس نو آموز مصنف کے لئے مہمیز کا کام کرے اور تصنیف کا یہ سلسلہ بدستور برقرار رہے۔

پروفیسر سید شاکر جمیل

ہیڈ شعبہ معالجات

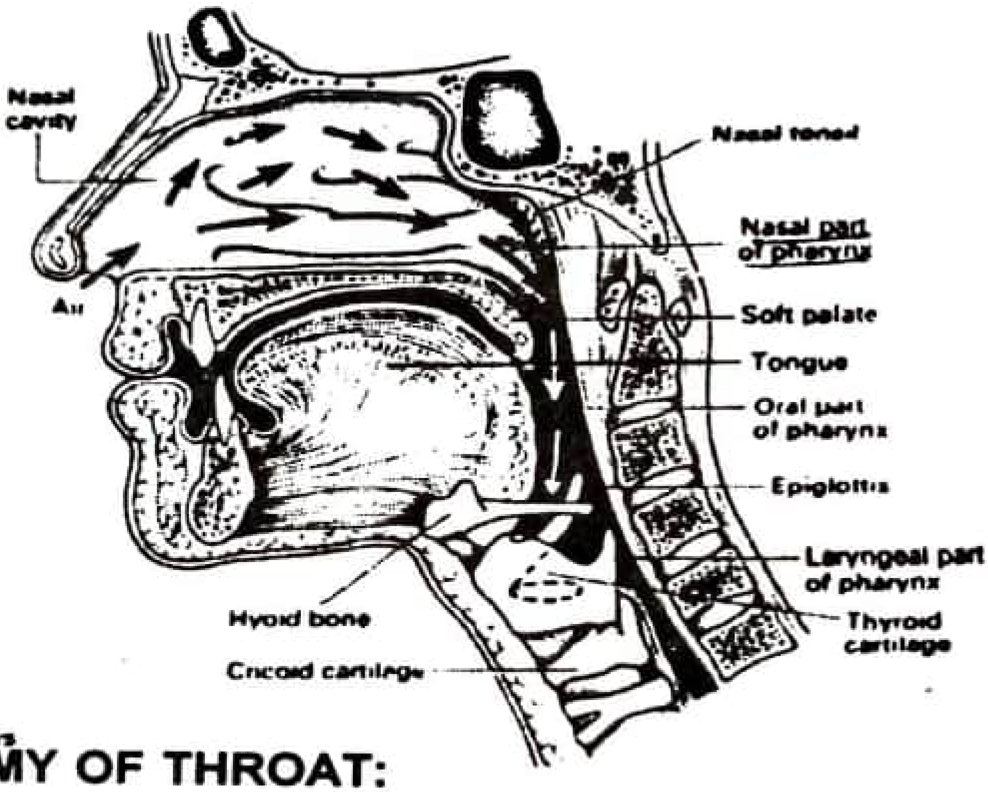
فیکلٹی آف میڈیسن (یونانی) جامعہ ہمدرد، نئی دہلی ۔۶۲

بتاریخ ۱۴ر مئی ر۲۰۰۴

8

THROAT

(حلق)



ANATOMY OF THROAT:

Oral Cavity:

A. Vestibule: Outer and smaller portion

B. Oral cavity proper : Inner large part

A. VESTIBULE:

The Vestibule of the oral cavity is a space bounded externally by cheeks and lips and internally by the gums and teeth. Parotid ducts open into the inner surface of cheeks opposite the crown of the upper second molar

teeth. Numerous labial and buccal glands situated in the submucosa of the lip and cheeks open into the vestibule. Four or five molar glands situated on the buccopharangeal fascia opens into vestibule. Except for the teeth the entire vestibule is lined by mucous membrane.

B. ORAL CAVITY PROPER: It is a space that extends from the gum and teeth to fauces.

Oral cavity consist of :

1. Gums
2. Teeth
3. Hard Palate
4. Soft Palate
5. Pharynx

i. Nasopharynx

ii. Oropharynx

iii. Laryngopharynx and hypopharynx

6. Tonsil

BOUNDARIES OF ORAL CAVITY:

Anterolaterally: By teeth, gums, the alveolar arches of the jaws.

Roof: By hard and soft palate.

Floor: Tongue posteriorly and presents the sub lingual region anteriorly below the tip of the tongue.

Posteriorly: The cavity communicates with pharynx through the oropharyngeal isthmus which is bounded superiorly by the soft palate, inferiorly by the tongue, and on each side by the palatoglossal arches.

Sublingual Region: Presents median plane there is fold of mucosa passing from the inferior aspect of the tongue to the floor of the mouth called frenulum of the tongue. On each side of the frenulum there is sublingual papilla. On the submit of the papillae there is the opening of the submandibular duct (Wharton's duct).

1. GUMS: Composed of dense fibrous tissue covered by stratified squamous epithelium.

Part: It has two parts. Free part: which is surrounded the neck of the teeth and the Fixed part: Fixed to alveolar processes of the jaw.

TEETH:

1. Diaphyodont: replace only once
2. Polyphyodont: Replaced through out life (non

mammalion vertibrates

3. Deciduous teeth or milk teeth: First set

4. Permanent teeth: Second set dentine

Number of deciduous teeth are 20 and the dental formula for deciduous teeth is = 2120/2120 and the number of permanent teeth are 32 and the formula for permanent teeth is = 2123/2123.

Parts of teeth:

- Crown
- Neck
- Root

Structure:

1. Pulp in centre
2. Dentine = Surrounding the pulp.
3. Enamel
4. Cementum
5. Periodental membrane

Functions:

Incisor teeth cutting = Chisel like crown

Canine ----> holding and tearing = conical and rugged crown

Premolar (bicuspid) = two cusps = crushing and grinding

molar = grinding and crushing teeth (square crown four or five cusps on their crown)

- Incisors, canine premolar have single root except first upper premolar = bifid root

- upper molar have 3 roots (two lateral and one medial) and lower molar have 2 roots (one anterior and one posterior)

HARD PALATE

"It is a portion between the nasal and oral cavities." Its, anterior 2/3 is formed by the palatine process of the maxilla and posterior 1/3 by horizontal plates of the palatine bone.

Boundaries: Anterolateral margins of the hard palate are continuous with the alveolar process and gums.

- **Posterior margin** give attachments to the soft palate
- **Superior surface** forms the floor of the nose
- **Inferior surface** forms the roof of the oral cavity.

SOFT PALATE

"It is a movable, muscular fold, suspended from the

posterior border of the hard palate."

It separates the nasopharynx from the oropharynx and is often looked upon a traffic controller at the cross-roads between the food and air passage.

Surface: 1. Anterior 2. Posterior

Border: 1. Superior 2. Inferior

Anterior Surface: is concave and is marked by a median raphe.

Posterior Surface: is convex and is continuous superiorly with the floor of the nasal cavity.

Superior Border: The superior border is attached to the posterior border of the hard palate, blending on each side with the pharynx.

Inferior Border: Free and bounded the pharyngeal isthmus.

- From its middle there hangs a conical projection, called the uvula.

- From each side of the base of the uvula two curved folds of the mucous membrane extends laterally and downwards.

1. The anterior fold called palatoglossal arch

(anterior pillar of fauces)

2. Posterior fold called palatoparyngeal arch (Posterior pillar of fauces)

Structures:

1. Soft palate is a fold of mucous membrane containing

i. Palatine aponeuroris

ii. Levator palati

iii. Palatopharyngeus lies on posterior surface

iv. Palatoglossus lies on inferior surface of palatine aponurosis

v. Numerous mucous glands and some taste buds.

Muscles of the Soft Palate: They are

1. Tensor Palati (Tensor veli palatini)
2. Levator palati (Levator veli palatini)
3. Musculus uvulae
4. Palatoglossus
5. Palatopharyngeous

Nerve Supply:

Vagus except tensor palati is supplied by mandibular nerve.

Blood Supply:

- Maxillary artery
- Facial artery

PASSAVANT'S RIDGE OR BAR

- This is a rounded ridge which appears on the posterior wall of nasopharynx during clossure of nasopharangeal isthmus. The posterior free border of the soft palate comes in contact with this ridge to close the nasopharynx during deglutition. The ridge is raised by the contraction of upper fibres of the superior constrictor and palato pharyngeus muscle.

MOVEMENT AND FUNCTION OF SOFT PALATE:

1. Important role in chewing swallowing, speech, coughing, sneezing etc.
2. It isolated the mouth from the oropharynx during chewing so that breathing is unaffected.
3. It separates the oropharynx from the nasopharynx (by locking into passavants ridge) during the second stage of swallowing so that food does not enter to nose.
4. By varying the degree of closure of the pharyngeal isthmus, the quality of voice can be modified and various consonants correctly pronounced.

5. During sneezing the blast of the air is appropriately divided and directed through the nasal and oral cavities without damaging the narrow nose. Similarly during coughing it directs air and sputum into mouth and not in to nose.

PHARYNX:

"The pharynx is a wide muscular tube situated behind the nose, the mouth and larynx. Clinically, it is a part of the upper respiratory passages where infections are common. The upper part of the pharynx trasmits only air, the lower part only food but the middle part is common passage for both air and food (but only one at time)

DIMENSIONS:

Length = about 12 cm

Width =

1. Upper part = 3.5 cm widest and non-collapsible
2. middle part is narrow
3. The lower end is narrowest part of G.I.T. (except the appendix)

Boundaries:

1. **Superiorly:** Base of skull, including the posterior part of the body of the sphenoid and the basillar part of the occipital bone.

2. **Inferiorly:** The pharynx is continuous with the oesophagus at the level of the C6 (corresponding to the lower border of the cricoid cartilage)

3. **Posteriorly:** The pharynx glides freely on the prevertebral fascia which separates it from the cervical spine.

4. **Anteriorly:** It communicates with the nasal cavity, oral cavity and larynx. Thus the anterior wall of the pharynx is incomplete.

5. **On each side:**

A. The pharynx is attached to

1. Medial pterygoid plate
2. Pterygo mandibular raphe
3. Mandible
4. Tongue
5. Hyoid bone
6. The thyroid and cricoid cartilage

B. Communicates on each side with middle ear cavity

through the auditory tube.

C. Pharynx is related to

1. Styloid process and muscle attach to it.

2. Common carotid, internal carotid, external carotid arteries and cranial nerves related to it.

PARTS OF PHARYNX:

1. Nasopharynx (nasal part)

2. Oropharynx (oral part)

3. Laryngopharynx (hypopharynx)

NASOPHARYNX

This is the upper part of the pharynx situated behind the nose and above the lower border of the soft palate.

Functions:

1. It is respiratory in function and no food ever enters it.

2. Its wall are rigid and non collapsible, so that the air passage is kept patent.

Nasopharynx is lined by ciliated columnar epithelium. Its mucous membrane is supplied by the trigeminal nerve. The wall of the nasopharynx formed by the pharyngobasilar fascia and posterior median pharyngeal ligament (raphe).

BOUNDARIES:

Anteriorly: The nasopharynx communicates with the nasal cavities through the posterior nasal aperture.

Inferiorly: It communicates with the oropharynx at the pharyngeal isthmus.

Lateral wall: The lateral wall presents the following:

1. The pharyngeal opening of auditory tube at the level of inferior nasal conchae and 1.2cm behind it.
2. Salpingopharyngeal folds.
3. Levator palati
4. Behind the tubal elevation there is narrow vertical slit that lead into flat pocket of mucus membrane called pharyngeal racess (or lateral racessor fossa of rosen muller)

ROOT AND POSTERIOR WALL

Body of sphenoid, basiocciput, anterior arch of atlas.

- Under the mucus membrane opposite the basiocciput there is a collection of lymphoid tissue called the pharyngeal (nasopharyngeal tonsil). Another collection of lymphoid tissue is present in the nasopharynx behind the tubal opening is called the tubal tonsil.

OROPHARYNX

This is the middle part of the pharynx situated behind the oral cavity.

BOUNDARIES:

Above: It commnicate with the nasopharynx through the pharyngeal (nasopharyngeal) isthmus.

Infront: It commnicates with the oral cavity through the oropharyngeal isthmus (isthmus of fauces).

Below: It open in to the laryngopharynx at the level of the upper border of the epiglottis.

Behind: It is supported by the body of the axis vertebra and the upper part of the body of the third cervical vertebra.

Lateral wall: Palatine tonsil which lies in the tonsillar fossa. This fossa is bounded anteriorly by the palatoglossal arch and posteriorly by the palatopharyngeal arch.

The wall of the oropharynx is formed posterioly by the superior middle and inferior constrictors of pharynx.

WALDEYER'S RING:

In relation to the oropharyngeal isthmus there is

aseveral aggregation of lymphoid tissues that constitutes waldeyer's ring.

Contents (Adenoids):

1. Right and left palatine tonsil
2. Posteriorly and above = pharyngeal tonsil
3. Laterally and above = tubal tonsil
4. Inferiorly = Lingual tonsil
5. Lateral pharyngeal bands
6. Discrete nodules

LARYNGOPHARYNX:

It is the lowest portion of the pharynx. Laryngopharynx or hypopharynx, extends downward from the hyoid bone and becomes continuous with the esophagus posteriorly and the larynx anteriorly. Like the oropharynx, the laryngopharynx is a respiratory and a digestive pathway and is lined by stratified squamous epithelium.

TONSILS:

The tonsils are situated strategically to protect against invasion of foreign substances that are inhaled or

ingested. Functionally, the tonsils participate in immune responses. Tonsils are multiple aggregation of large lymphatic nodules embeded in a mucous membrane. They form a ring at the junction of the oral cavity and pharynx. It can be classified into

1. single pharyngeal tonsil or adenoid
2. Paired palatine tonsils
3. Paired lingual tonsils

i. Single pharyngeal tonsil or adenoid: The single pharyngeal tonsil or adenoid is embedded in the posterior wall of the nasopharynx.

ii. Paired palatine tonsil: The paired palatine tonsils are situated in the space between the pharyngo palatine and glosso palatine arches. These are the tonsils commonly removed by tonsillectomy.

iii. Paired lingual tonsils: Lingual tonsils are located at the base of the tongue and may also have to be removed by tonsillectomy.

THE LARYNX

ANATOMY OF LARYNX:

Situated in front of the neck, and lies opposite to the

third to sixth cervical vertebrae. The larynx has a cartilaginous framework supported by ligaments and muscles.

CARTILAGES OF THE LARYNX:

The thyroid cartilage, epiglottis and cricoid cartilage is single while the arytenoids are paired Cartilages. Besides these two small Cartilages, corniculate and cuneiform lies in each aryepiglottic fold.

Thyroid Cartilage:

It is the largest cartilage and forms a prominence in the neck (Adam's apple). The two lateral laminae fuse together in midline in AV- shaped manner and its upper and lower ends are continued into horns called superior and inferior horns.

This cartilage is connected to the hyoid bone by the thyrohyoid membrane and to the cricoid cartilage by the cricothyroid membrane.

Epiglottis:

This is a flattened leaf-like cartilage, attached to the thyroid laminae by the thyroepiglottic ligament. It project upward behind the hyoid bone and

its superior margin is free.

Cricoid Cartilage:

It is a ring shaped cartilage, which has a narrow anterior arch and a broad posterior lamina.

The anterior arch is connected with the inferior border of the thyroid cartilage by the cricothyroid membrane. The posterior lamina give attachment to the muscles and articulates with the arytenoid cartilages at the cricoarytenoid joints.

Arytenoid Cartilages:

These are pyramid-shaped cartilages situated on the cricoid lamina. The base of the pyramid articulates with the cricoid facet to form the cricoarytenoid joints.

Corniculate Cartilage (Cartilage of Santorini):

This is situated at the apex of the arytenoid Cartilages on either side in the mucous membrane of the arytenoid of the arypiglottic folds. It is conical in shape.

Cuneiform Cartilage (Cartilage of Wrisberg):

It is situated in each aryepiglottic fold just in front of the corniculate cartilage. It is club shaped.

SUBDIVISIONS OF THE LARYNX

For clinicosurgical purposes, the larynx has been divided into there main regions:

a. Glottis b. Subglottis

c. Supraglottis

Glottis:

It consists of the vocal cords, anterior commissure, and posterior commissure.

Anterior commissure is the area where the two vocal cords are attached to the angle of the thyroid laminae.

Posterior commissure attached to the area at the posteriorendofthe vocal cords, between the two arytenoids.

Subglottis:

It is the area of the larynx, which extends from 5 mm below the level of the vocal cord up to the lower border of the cricoid cartilage. The undersurface of the cords is excluded.

Supraglottis:

It is the region of the larynx above the level of the vocal cords and includes the ventricles, vestibule bands and veritable.

ACUTE TONSILLITIS

(ورم لوزتین حاد، ذبحۃ الوذیۃ)

DEFINITION (تعریف):

"Tonsillitis is a generalized inflammation of the mass of the tonsil and accompanied by a degree of inflammation of the fauces and pharynx:

اس مرض میں لوزتین اور حلق کے وہ خارجی عضلات جو منہ اور زبان کے قریب ہوتے ہیں ان میں سوزش ہو جاتی ہے اور سفید رنگ کی ایک تہہ جم جاتی ہے۔

CAUSES (اسباب):

(1) It can occurs at any age but more common in children.

(2) It can occurs at old age due to atrophy.

(3) 3-15 year attack due to malnutrition.

(4) 3-6 year physiological phenomenon.

a. Predisposing Factors:

i) Malnutrition

ii) Metabolic disorder e.g. D.M., Arthritis, Gout.

iii) Lack of immunity

iv) Exposure of cold

v) Chills

vi) Smoking

vii) Atmospheric pollution

viii) Specific diseases such as Diphtheria, Pneumonia, Mononucleosis (Common Absteinber virus infection)

ix) Poor orodental hygiene, and congested surrounding are important predisposing factor.

b. Causative Agents:

(a) Virus

i) Rhino virus

ii) Adeno virus

iii) Entero virus

iv) Influenza and Para Influenza virus

(b) Bacteria

i) Haemolyticus streptococcus

ii) Staphylococcus

iii) Pneumococcus

iv) Haemophilus influenzae

Unani Causes:

۱۔ عموماً نوجوانوں میں سردی لگنے سے

۲۔ کثیف ہوا میں سانس لینے سے

۳۔ بہت گرم یا بہت سرد اشیاء کا استعمال کرنے سے

۴۔ خناق وبائی

۵۔ وجع المفاصل

۶۔ متعدی بخاروں کے دوران

۷۔ یہ مرض کبھی بطور وباء کے بھی پھیلتا ہے۔

PATHOLOGY/TYPES(ماہیت/اقسام):

Catarrhal: When tonsils are inflamed as a result of generalised infection of the oropharyngeal mucosa, the condition is termed catarrhal tonsillitis.

2) Follicular tonsillitis: When the inflammatory exudate collects in the tonsillar crypts, these present as multiple white spots on an inflammed tonsillar surface, giving rise to the clinical picture of follicular tonsillitis.

3) Membranous tonsillitis: Some time exudate from crypts may coalesce to form a membrane over the surface of the tonsil given a clinical picture of membranous tonsillitis.

4) Parenchymatous tonsillitis: When the whole tonsil is uniformly congested and swollen. Then it is called as acute parenchymatous tonsillitis.

CLINICAL FEATURES(علامات):

i) Discomfort in the throat or sore throat

ii) Difficulty in swallowing

iii) Fever 101-105F

iv) Constitutional symptoms, like Malaise, Anorexia, Headache, Bodyache and Lethargy

v) Tachycardia

ON EXAMINATION(معائنہ کرنے پر):

i) Furred tongue (dust like deposition)

ii) Foul breathing or smell

iii) Tonsilar area hyperaemic, edematous, bright colour

iv) Jugulodiagastric (Tonsillar) lymph node enlarged and tender.

v) Loss of Appetite

vi) Mesentric adenitis

vii) Muffeled and thick voice

viii) Pain is radiate towards ear

ix) Oedema of uvula and soft palate

x) Exudate in the crypts

UNANI CLINICAL FEATURES:

۱۔ اس مرض کی ابتداء اس طرح ہوتی ہے کہ قدرے جاڑا لگ کر بخار ہو جاتا ہے۔

۲۔ پیاس کی شدت ہو جایا کرتی ہے۔

۳۔ حلق میں سوزش اور درد محسوس ہوتا ہے۔

۴۔ غذاء نگلنے میں دقت ہوتی ہے۔

۵۔ نبض قوی اور ممتلی ہوتی ہے۔

۶۔ پیشاب کی مقدار کم خارج ہوتی ہے۔

۷۔ درد کی ٹیس کا اثر کانوں تک پہنچتا ہے مریض کو ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے حلق میں کوئی چیز اٹکی ہوئی ہے چنانچہ وہ بار بار کھنکارتا ہے۔

۸۔ مریض کی آواز بھاری پڑ جاتی ہے۔ سننے والے کو ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے مریض ناک سے بول رہا ہو۔

۹۔ مریض کے ناک سے بدبو آتی ہے۔

۱۰۔ کوا اور تالو سرخ ہو جاتے ہیں۔

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS(تشخیص):

1. (Diphtheria) خناق وبائی:

Diphtheria	Tonsillitis
۱۔ جھلی کا رنگ زردی مائل خاکستری ہو جاتا ہے جو تمام لوزتین پر یکساں طور پر چمٹی ہوتی ہے۔	۱۔ جھلی زردی مائل خاکستری رنگ کی ہوتی ہے اور تمام لوزتین پر پھیلی ہوئی نہیں ہوتی۔
۲۔ اگر کسی چیز سے پکڑ کر جھلی کو علحدہ کیا جائے تو آسانی سے علحدہ نہیں ہوتی۔	۲۔ اگر جھلی کو کسی چیز سے پکڑ کر غدد سے الگ کیا جائے تو باآسانی جدا ہو جاتی ہے۔
۳۔ اگر جھلی کو باتکلیف جدا کیا جائے تو غدد کی سطح سے خون بہنے لگتا ہے۔	۳۔ اگر جدا کیا جائے تو خون نہیں بہتا۔
۴۔ اس میں بہت جلد جدا ہونے کے بعد نئی جھلی بن جاتی ہے اس میں غشاء کاذب تالو پر بھی پائی جاتی ہے۔	۴۔ یہ جھلی، تالو، کوے اور حلق پر نہیں ہوتی اور ایک دفع علحدہ کرنے کے بعد پھر نئی رشاء بہت جلد نہیں بنتی۔

۵۔اس میں مریض کی نبض ضعیف ہوتی ہے۔	۵۔اس میں مریض کی نبض ممتلی اور سریع ہوتی ہے۔
۶۔مرض کی شدت چار روز کے بعد شروع ہوتی ہے۔	۶۔مریض چوتھے، پانچویں روز بصحت ہونے لگتا ہے۔
۷۔مرض کے دفع ہونے کے بعد فالج میں مبتلا ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔	۷۔اچھا ہونے کے بعد فالج گرنے کا احتمال نہیں ہوتا۔
۸۔اس میں Pus نہیں آتا۔	۸۔Tonsillitis میں Pus آتا رہتا ہے۔

2. Glandular Fever (Infected mononucleosis)

Viral disease = Epstein Barr Virus

Enlargement of spleen and lymphnodes

3. Vinscent Angina:

C. org: Vinscent Spirullum

Ulcer formation in throat and mouth with fusiform basillus.

4. Granulocytosis or Agranulocytic Angina:

- It is a oral cavity disease
- Polymorphic cell are abnormal in these disease
- Abscess formation in buccal cavity

5. Thrush or Ulcerative Stomatitis:

- Whole mouth and oral cavity are involved.

6. Scarlet Fever:

- Tongue (straw berry colour)

- Red rashes are present on the body.

COMPLICATIONS (عوارضات):

A. Common complications

B. Uncommon complications

A. Common Complications:

1. Peritonsillar Abscess = Quinsy

Spread of infection from the tonsil to the paratonsillar tissues results in development of abscess between the tonsillar capsule and the tonsil bed.

2. Acute parapharyngeal abscess or Acute retropharyngeal abscess:

Infection from the tonsillar and peritonsillar tissue may involve the parapharyngeal space with abscess formation.

3. Chronic tonsillitis = Repeated attack of the acute tonsillitis result in chronic tonsillitis.

4. Laryngeal oedema

B. Uncommon complications:

1. Acute nephritis

2. Acute rheumatic fever

3. Bacterial endocarditis

4. Acute otitis media (infection from the tonsil may extend to Eustachian tube and result in acute infection of middle ear).

5. Septicaemia

TREATMENT (علاج)·

1) General Management:

i) Bed rest

ii) Plenty of fluids

iii) Light and liquid diet

iv) Special care of nutrition

2) Symptomatic Treatment:

i) Analgesic - to relieve pain

ii) Antipyretic - to relieve fever

iii) Antibiotic - after sensitivity test

- Procain penicillin is a drug of choice

- Erythromycin or tetracycline and ampicillin are given

- Aspirin gargle

iv) Hot saline or 30% glucose gargle

UNANI TREATMENT:

اصول علاج:

۱۔ مریض کو آرام سے لٹائیں، مقام ماؤف کے بیرونی مقام پر تکمید کریں۔

۲۔ محلات کا استعمال کریں۔

۳۔ رادع ادویہ کا استعمال کرائیں۔

۴۔ قابضات کا استعمال کرائیں۔

۵۔ کمزوری دور کرنے کے لئے مقویات استعمال کرائیں۔

۶۔ قبض نہ ہونے دیں۔

علاج: ۱۔ اگر مرض بڑھنے لگے اور دبل کی صورت اختیار کریں تو اس کو خود بخود پھوٹنے دیں اور اگر خود نہ پھوٹے تو شگاف لگا دیں اور پینے کے لئے ذیل کا نسخہ دیں۔

نسخہ: لعاب بہدانہ (۳ ماشہ)، لعاب اسپغول (۳ ماشہ)، شیرہ عناب (۷ دانہ)، شیرہ مغز تخم کدو شیریں (۳ ماشہ)، عرق مکوء (۶ تولہ)، عرق گاؤ زباں (۶ تولہ) میں نکال کر شربت توت سیاہ (۱۰ تولہ) میں ملا کر دونوں وقت پلائیں۔

۲۔ اگر قبض کی شکایت ہو تو پہلے

نسخہ: مغز املتاس کو دودھ میں جوش دیکر اور چھان کر پلائیں۔

۳۔ نسخہ غرغرہ: مندرجہ ذیل رادع اور قابض ادویہ کے غرغرہ کا نسخہ استعمال کرائیں۔

نسخہ: ۱۔ برگ توت، گلنار، کوکنار، عدس مسلم،، کشنیز خشک پانی میں جوش دیکر کام میں لائیں۔

۲۔ برگ توت سبز (۲ تولہ)، برگ امرود سبز (۲ تولہ) آدھ سیر پانی میں جوش دیکر غرغرہ کرائیں۔

۳۔ نمک طعام، پھٹکری کے محلول کا غرغرہ کرائیں۔

۴۔ نسخہ ضماد: رادع اور محلل ضماد لگائیں جو مندرجہ ذیل ہیں۔

نسخہ: ۱۔ جدوار کو مکوء سبز کے پانی میں پیس کر لگائیں۔

۲۔ مکوء خشک، مغز املتاس، آرد جو، اکلیل الملک، سنبل الطیب، گل بابونہ، ایلوا، مکوء کو پانی میں پیس

کر سرکہ اور روغن گل کا اضافہ کر کے نیم گرم ضماد کریں۔

۵۔ نسخہ بخور: بکائن کی خشک چھال کو جلا کر اس کی دھونی مقام مرض تک پہنچائی جائے۔

۶۔ مرکبات: لعوق سپستاں خیار سبزی ہمراہ شربت توت سیاہ دیں۔

۷۔ مقویات جیسے خمیرہ مروارید (۷ گرام) کا استعمال کرائیں۔

غذا: سیال غذائیں استعمال کرائیں جیسے

۱۔ آب انار شیریں، آب انگور، آب تربوز، ماء الشعیر، دودھ، چوزوں کی سادہ یخنی۔

۲۔ ساگودانہ جو دودھ یا پانی میں پکایا گیا ہو۔

۳۔ مونگ کی دال کا پانی یا مسور کی دال کا پانی

ہدایات:

۱۔ صحت کے بعد تبدیلی آب و ہوا کرائیں۔ اس میں سمندر کی ہوا بہت مفید ہے۔

۲۔ قبض نہ ہونے دیں۔

۳۔ مریض کو علیحدہ کمرہ میں رکھیں۔

۴۔ سردی سے مریض کو بچائیں۔

CHRONIC TONSILLITIS

(ورم لوزتین مزمن)

CAUSES (اسباب):

1. Frequent and repeated attack of acute tonsillitis.
2. It may occurs any age but more common in children.
3. Old age due to atrophy.
4. Between 3-15 year due to malnutrition.
5. Between 3-6 year due to Physiological phenomenon.

a. Predisposing Factors:

i) Malnutrition

ii) Metabolic disorders e.g. D.M., Arthritis, gout.

iii) Deficiency of immunity

iv) Exposure of cold

v) Chill

vi) Smoking

vii) Atmospheric pollutions

viii) Specific diseases as Diphtheria, Pneumonia, Mononucleosis (Commonly Epstein-Barr virus infection)

ix) Poor orodental hygiene, and congested surrounding are important predisposing factors.

b. Causative Factors:

(a) Viruses

i) Rhino virus

ii) Adeno virus

iii) Entero virus

iv) Influenza and Para Influenza virus

(b) Bacteria

i) Haemolyticus streptococcus

ii) Staphylococcus

iii) Pneumococcus

iv) Haemophilus influenzae

Unani Causes:

۱۔ عموماً نوجوانوں میں سردی لگنے سے

۲۔ کثیف ہوا میں سانس لینے سے

۳۔ بہت گرم یا بہت سرد اشیاء کا استعمال کرنے سے

۴۔ خناق وبائی

۵۔ وجع المفاصل

۶۔ متعدی بخاروں کے دوران

۷۔ یہ مرض کبھی بطور وباء کے بھی پھیلتا ہے۔

CLINICAL FEATURES (علامات):

i) Discomfort in the throat or sore throat

ii) Difficulty in swallowing

iii) Fever 101-105F

iv) Constitutional symptoms, like Malaise, Anorexia, Headache, Bodyache and Lethargy

v) Tachycardia

ON EXAMINATION(معائنہ کرنے پر):

i) Furred tongue (dust like deposits)

ii) Foul smelling breath or smell

iii) Tonsillar area hyperaemic, oedematous, bright colour

iv) Jugulodiagastric (Tonsillar) lymph nodes enlarged and tender

v) Loss of Appetite

vi) Mesentric adenitis

vii) Muffled and thick voice

viii) Pain radiate towards the ear

ix) Oedema of uvula and soft palate

x) Exudate in the crypts

UNANI CLINICAL FEATURES:

۱۔ اس مرض کی ابتداء اس طرح ہوتی ہے کہ قدرے جاڑا لگ کر بخار ہو جاتا ہے۔

۲۔ پیاس کی شدت ہو جایا کرتی ہے۔

۳۔ حلق میں سوزش اور درد محسوس ہوتا ہے۔

۴۔ غذاء نگلنے میں دقت ہوتی ہے۔

۵۔ نبض قوی اور ممتلی ہوتی ہے۔

۶۔ پیشاب کی مقدار کم خارج ہوتی ہے۔

۷۔ درد کی ٹیس کا اثر کانوں تک پہنچتا ہے مریض کو ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے حلق میں کوئی چیز اٹکی ہوئی ہے چنانچہ وہ بار بار کھنکارتا ہے۔

۸۔ مریض کی آواز بھاری پڑ جاتی ہے۔ سننے والے کو ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے مریض ناک سے بول رہا ہو۔

۹۔ مریض کے ناک سے بدبو آتی ہے۔

۱۰۔ کوا اور تالو سرخ ہو جاتے ہیں۔

TREATMENT (علاج):Tonsillectomy

INDICATIONS OF TONSILLECTOMY (قطع لوزتین):

A. Local Indications:

1) Recurrent and frequent attack of tonsillitis

2) Chronic tonsillitis

3) Peritonsillar abscess (Previously thought to be ' indication)

4) Carrier states of Diphtheria and Streptococcus haemolyticus

5) Persistent enlargement of tonsil

6) Produce obstruction to swallowing, breathing or

speaking

7) Early stage of malignancy

8) Cases with chronic enlargement of regional lymph nodes in association with sore throat.

B. Focal Indications:

1) Persistent enlargement of neck glands

2) Tuberculosis of cervical glands

3) Recurrent attack of acute rheumatic fever

4) Attack of glomerulonephritis

5) Recurrent attack of sinusitis and bronchitis

6) When tonsil acts as septic focus

CONTRAINDICATIONS OF TONSILLECTOMY:

1) Nasopharyngeal allergy

2) Blood dyscrasias like leukemia, purpura, aplastic anaemia, haemophilia

3) Epidemic of poliomyelitis

4) Immediately after attack of infectious disease like measles.

5) Diabetes, Hypertension, Aneurysm of internal carotid artery

6) During menstruation or during pregnancy

COMPLICATIONS OF (قطع لوزتین کے عوارضات): TONSILLECTOMY

1. Reactionary haemorrhage

2. Infection

3. Incomplete removal

4. Pulmonary complications such as lobar pneumonia and lung infection due to inhalation of pus.

5. Dental injury

6. Dislocation of cervical vertebrae and prolapse of intervertebral disc.

7. Atrophy of uluva

INVESTIGATIONS (تفتیش):

1. Blood - Hb% TLC, DLC ESR, BT, CT

2. Urine - Routine and microscopic

3. X-ray Chest

ACUTE PHARYNGITIS

(ورم حلق حاد)

DEFINITION (تعریف):

Inflammation of pharynx is known as pharyngitis.

اس مرض میں حلق کی غشاء مخاطی میں التہاب یا ایک غیر طبعی غشاء طبقہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے کھانسی آتی ہے اور درد محسوس ہوتا ہے۔

TYPES OF PHARYNGITIS (ورم حلق کے اقسام):

1. Acute pharyngitis (ورم حلق حاد)

i) Suppurative

ii) Simple

2. Chronic pharyngitis (ورم حلق مزمن)

CAUSES (اسباب):

1) Mainly it involves with cold and coryza.

2) Influenza

3) measles

4) Scarlet fever

5) Typhoid fever

6) Small pox

7) Sinusitis

8) Causative organisms:

A. Viruses:

1. Rhinovirus
2. Adenovirus
3. Influenza A and B virus
4. Para influenza virus
5. Enterovirus
6. Corona virus

B. Bacteria:

1. Streptococcus
2. Staphylococcus
3. Pneumococcus

UNANI CAUSES:

۱۔ خناق وبائی

۲۔ دانتوں کا تعدیہ

۳۔ تسمم دموی

۴۔ گرد و غبار یا کسی لاذع شئے کا حلق میں پہنچنا

۵۔ تمباکو نوشی

۶۔ حلق سے غیر معمولی کام لینا

۷۔ سل، نقرس

۸۔ سوء ہضم

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Sore throat (main complaint)
2. Pain on swallowing
3. Feeling of coldness
4. Mild pyrexia
5. Headache
6. Bodyache
7. Back ache
8. Lethargy
9. Joint pain

ON EXAMINATION (معائنہ کرنے پر):

1. Pharynx is hyperaemic and congested
2. Uluva is congested and hyperaemic
3. Tonsil and soft palate hyperaemic and congested
4. Haemorrhagic spot on pharynx in severe cases.

COMPLICATIONS (عوارضات):

A. General Complications:

1. Meningitis
2. Encephalitis
3. Endocarditis

B. Other Complications:

1. Sinusitis
2. Otitis media
3. Laryngitis
4. Pneumonia
5. Tracheobronchitis
6. Laryngeal oedema

CHRONIC PHARYNGITIS

(ورم حلق مزمن)

DEFINITION (تعریف):

Pharyngitis associated with pathology in nose and sinuses, mouth breathing, excessive smoking and chronic tonsillitis.

Chronic inflammation of the pharynx may be due to non specific or specific lesions.

TYPES (اقسام):

A. Chronic non-specific pharyngitis

B. Chronic specific pharyngitis

A. CHRONIC NON-SPECIFIC PHARYNGITIS:

CAUSES (اسباب):

1. The infected discharge from the nose and paranasal sinuses as in rhinitis and sinusitis constantly irritates the pharyngeal mucosa and after result is chronic inflammation.

2. Obstructive lesions in the nose like deflected septum, nasal polypi and adenoids lead to a habit of mouth breathing which is an important predisposing

cause of pharyngitis.

3. Dental carries and infected gums may lead to pharangeal infection.

4. Dusty atmosphere

5. Smoking

6. Sometime pharyngitis may be a manifestation of dyspepsia or chronic suppurative lung disease.

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Discomfort in the throat with a foreign body sensation.

2. Dry and spasmodic cough

3. Frequent desire to clear the throat

4. Sputum thick

5. Difficulty in swallowing

6. Tiredness of voice

ON EXAMINATION (معائنہ کرنے پر):

1. Diffuse congestion of pharyngeal wall may be seen and prominent vessels are seen through the inflammed mucosa and see brick red colour pharynx. This type of Pharyngitis is called Chronic catarrhal pharyngitis.

2. Sometime chronic infection results in hypertropy of

lymph nodules on pharyngeal wall presenting a granular picture called Chronic granular pharyngitis. This form of pharyngitis usually occurs in persons who use their voice excessively particularly when the voice production is faulty like clergymen (Clergymen's throat)

TREATMENT (علاج):

1. Bed rest
2. Analgesic like Aspirin gargle
3. Antibiotic like penicillin or erythromycin
4. Cough suppresents like codeine phosphate linctus should be given to relieve the cough.
5. Alcohol, smoking, irritants and spicy food should be avoided.

UNANI TREATMENT:

اصول علاج:

۱۔ اصل سبب مرض کا ازالہ کریں

۲۔ قبض نہ ہونے دیں۔

۳۔ قابض غرغرے استعمال کرائیں۔

۴۔ ضمادات محمرہ و محللہ لگائیں۔

۵۔ معرق، مقوی اور دافع بخار ادویہ کا استعمال کرائیں۔

علاج:

۱۔ اگر قبض کی شکایت ہو تو پہلے

نسخہ: مغز املتاس کو دودھ میں جوش دیکر اور چھان کر پلائیں۔

۲۔ نسخہ غرغرہ: مندرجہ ذیل رادع اور قابض ادویہ کے غرغرہ کا نسخہ استعمال کرائیں۔

نسخہ: ۱۔ برگ توت، گلنار، کوکنار، عدس مسلم،، کشنیز خشک پانی میں جوش دیکر کام میں لائیں۔

۲۔ برگ توت سبز (۲ تولہ)، برگ امرود سبز (۲ تولہ) آدھ سیر پانی میں جوش دیکر غرغرہ کرائیں۔

۳۔ نمک طعام، پھٹکری کے محلول کا غرغرہ کرائیں۔

۳۔ نسخہ ضماد: رادع اور محلل ضماد لگائیں جو مندرجہ ذیل ہیں۔

نسخہ: ۱۔ جدوار کو مکوء سبز کے پانی میں پیس کر لگائیں۔

۲۔ مکوء خشک، مغز املتاس، آرد جو، اکلیل الملک، سنبل الطیب، گل بابونہ، ایلوا، مکوء کو پانی میں پیس کر سرکہ اور روغن گل کا اضافہ کر کے نیم گرم ضماد کریں۔

۴۔ شربت اعجاز (۱۵ ام ل) یا شربت فریادرس (۱۵ ام ل) کو صبح شام پلائیں۔

۵۔ دیاقوذہ (۷ گرام) کا استعمال کرانا بہت مفید ہے۔

۶۔ مقویات کے طور پر خمیرہ مروارید (۷ گرام) یا خمیرہ مرکب (۷ گرام) یا خمیرہ گاؤزباں عنبری جواہر والا (۷ گرام) کا استعمال کرانا نہایت مفید ہے۔

غذا: سیال غذائیں استعمال کرائیں جیسے

۱۔ آب انار شیریں، آب انگور، آب تربوز، ماء الشعیر، دودھ، چوزوں کی سادہ یخنی۔

۲۔ ساگودانہ جو دودھ یا پانی میں پکایا گیا ہو۔

۳۔ مونگ کی دال کا پانی یا مسور کی دال کا پانی

ہدایات:

۱۔ صحت کے بعد تبدیلی آب و ہوا کرائیں۔ اس میں سمندر کی ہوا بہت مفید ہے۔

۲۔ قبض نہ ہونے دیں۔
۳۔ مریض کو علیحدہ کمرہ میں رکھیں۔
۴۔ سردی سے مریض کو بچائیں۔

B. CHRONIC SPECIFIC PHARYNGITIS:

1. Tuberculosis: Tuberculosis of pharynx usually results as a secondry manifestation to a advanced pulmonary Tuberculosis, Mucosal ulceration with undermined edge occurs in the oropharyngeal region.

Clinical Features: Main complaint of the patients is pain with dysphagia.

Treatment: A.T.T.

2. Syphilis: The pharynx is usually involved in the secondary stage of syphilis. It show diffuse congestion on mucous patches and snail-track ulcer with lymphadenitis. Spirochetes can be seen on smear from the mucous patches and ulcers. In tertiary syphilis, the gumma may some time be a presenting feature on the fauces, palate and pharynx.

Diagnosis:

1. Biopsy
2. Serological test

Treatment: Penicillin

3. Lupus vulgaris: Lupus of the nose may extend posteriorly to involve the pharynx, soft palate and fauces. Tubercles appear on the pharyngeal mucosa, which break down with subsequent cicatrization of the fauces and soft palate.

ACUTE LARYNGITIS

(ورم حجرہ حاد)

DEFINITION (تعریف):

Inflammation of larynx is known as laryngitis.

اس مرض میں حجرہ میں التہاب ہو جاتا ہے اور بہت سے موذی عوارضات رونما ہو جاتے ہیں۔

TYPE (اقسام):

1. Acute Laryngitis (ورم حجرہ حاد):

i) Acute catarrhal laryngitis (التہاب حجرہ حاد نزلی)

ii) Acute oedematous laryngitis (التہاب حجرہ حاد تہیجی)

iii) Acute corpous laryngitis (التہاب حجرہ حاد خناقی رغشائی)

2. Chronic Laryngitis (ورم حجرہ مزمن):

CAUSES (اسباب):

A. Viruses:

1. Rhinovirus
2. Adenovirus
3. Influenza A and B virus
4. Para influenza virus
5. Enterovirus
6. Corona virus

B. Bacteria:

1. Streptococcus
2. Staphylococcus
3. Pneumococcus

C. Predisposing Factor:

1. Excessive vocal use
2. Smoking
3. Sinusitis
4. Tonsillitis
5. Nasal obstruction
6. Cold, cough
7. Influenza
8. Inhalation of irritant fumes
9. Over use of tobacco
10. Intubation and instrumental trauma of larynx.
11. Atmospheric pollutions.
12. All upper - respiratory tract infections.
13. Sometimes lower respiratory tract infections.

UNANI CAUSES:

۱۔ سرخبادہ

۲۔ جدری

۳۔ حصبہ

۴۔ ترش رگرم اشیاء کا بکثرت استعمال

۵۔ برودت

۶۔ گرد وغبار، دھواں، فضائی آلودگی

۷۔ زیادہ چیخنا، چلانا

۸۔ نزلاوی اسباب

PATHOLOGY (ماہیت):

The mucosa of the larynx becomes congested and may become oedematous. A fibrinous exudate may occur on the surface. Sometimes infection involves the perichondrium of the laryngeal cartilages producing perichondritis.

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Main complaint of the patient is huskiness or hoarseness of voice with discomfort in throat particularly on swallowing.
2. Dry irritating cough.
3. Dyspnoea is present only in severe cases.
4. Pain and irritation in throat.
5. Fever
6. Bodyache

7. Malaise are usually associated

ON EXAMINATION (معائنہ کرنے پر):

1) Sign of upper respiratory tract infection

2) Indirect laryngoscopy reveals diffuses congestion on laryngeal mucosa

3) Vocal cords look dull red and slightly oedomatous

4) Arytenoids, aryepiglottic folds and vestibular bands may show varying degree of oedema.

5) Thick secretions appear on the surface of the laryngeal mucosa.

CHRONIC LARYNGITIS

(ورم حنجرہ مزمن)

CAUSES (اسباب):

1) Chronic Infection: Chronic laryngitis may be produced by chronic inflammatory focus in the tonsils, pharynx, teeth, gums or paranasal sinuses. The larynx is exposed to infected material from their sites and gradually develops features of chronic inflammation.

2) Vocal Abuse: Over use of voice as a profession like teachers, salesman, public speakers.

3) Smoking: Tobacco has harmful effects on the laryngeal mucosa.

4) Alcohol: Alcohol produces chronic inflammatory changes in the pharyngeal mucosa and laryngeal mucosa gets involved.

5) Irritant fumes

6) Chronic sinusitis

7) Chronic bronchitis

8) Repeated attacks of laryngitis

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Repeated and intermittent hoarseness of voice.

2. Dry cough.

3. The patient may have complain of some foreign body sensation in the throat.

4. Patient may frequently cough to clear his throat.

5. Continuous irritation in the throat.

ON EXAMINATION (معائنہ کرنے پر):

1. Red, hyperaemic, and irregular laryngeal mucosa.

2. Laryngeal mucosa appears swollen and thickened.

3. The vocal cords may appear granular and thickened.

TREATMENT (علاج):

1. Voice Rest: Rest to the voice is important for speedy recovery.

2. Steam inhalation: Steam inhalations are soothing to the inflamed mucosa and also provide humidification

3. Analgesic: are given to relieve of pain.

4. Antipyretic: to control fever

5. Antibiotic: Suitable antibiotic to prevent secondary infection.

6. Steroids: Steroids may be needed

7. Local anaesthetic spray

8. In chronic cases: Mix glucose 25% with glycerine and paste locally.

UNANI TREATMENT:

اصول علاج:

۱۔ مرطب لعابات استعمال کرائیں۔

۲۔ ورم حنجرہ مزمن میں قابض، مسکن اور دافع تعفن ادویہ کا استعمال کریں۔

علاج:

۱۔ نسخہ جوشاندہ : بہدانہ (۳ گرام)، عناب (۵ دانہ)، سپستاں (۷ دانہ) کو پانی میں جوش دیکر چھان لیں اور شربت توت سیاہ (۷ تولہ) میں ملا کر دونوں وقت پلائیں۔

۲۔ نسخہ تکمید :: برگ نیم (۲۵ گرام)، برگ توت (۲۵ گرام)، پوست خشخاش (۱۲ گرام)، گل بنفشہ (۱۲ گرام)، گل خطمی (۱۲ گرام)، گل ڈھاک (۱۲ گرام) تمام دواؤں کو دو لیٹر پانی میں جوش دیں جب نصف پانی رہ جائے تو اس میں تھوڑا پانی ملا کر کپڑا بھگو کر تکمید کریں۔

۳۔ نسخہ خارجی طور پر: بکرے کے گردہ کی چربی (۶ گرام)، موم خالص (۱۲ گرام) کو روغن بنفشہ (۶۰ م ل) میں پکائیں۔ جب پگھل جائے تو نشاستہ (۶ گرام)، کتیرا (۶ گرام)، گل خطمی (۱۰ گرام) باریک پیس کر خارجی طور پر استعمال کریں۔

۴۔ نسخہ کھانسی: مرکبات خشخاش جیسے حب سعال (۲ عدد) یا شربت خشخاش (۱۲ م ل) نوش کرائیں۔

غذا و پرہیز:

۱۔ ملطف غذائیں دیں۔

۲۔ زود ہضم اور سیال غذا کا استعمال کریں مثلاً آش جو، شوربہ مرغ کا استعمال کریں۔

۳۔ اگر غذا کو نگلنے میں غیر معمولی تکلیف ہو تو غذا بذریعہ حقنہ دی جائے۔

ہدایات:

۱۔ مریض کو ایسے مکان میں رکھیں جو گرم و تر ہو۔

۲۔ مریض کو بولنے اور کھانسنے سے روکنا چاہیئے۔

۳۔ گرم بخارات کو کسی مناسب طریقہ سے حلق تک پہنچائیں۔

TUMOUR/CARCINOMA OF LARYNX

(سرطان حنجرہ)

CLASSIFICATIONS (اقسام):

The tumours of larynx can be benign or malignant.

(A) BENIGN TUMOUR OF LARYNX:

a. Neoplastic

b. Nonneoplastic

a: Neoplastic:

1. Papilloma

(i) Solitary papilloma

(ii) Multiple papilloma

2. Adenoma

3. Fibroma

4. Haemangioma

5. Lipoma

6. Neurofibroma

7. Chondroma

b. Non-neoplastic

1. Vocal cord polyp
2. Retention cyst
3. Tuberculous granuloma
4. Contact ulcer granuloma
5. Wagner's granuloma
6. Amyloid deposition
7. Granular cell myoblastoma

(B) MALIGNANT TUMOURS OF THE LARYNX:

a. ISAMBERT (1876) AND KRISHABAR (1879) classified tumours into two main group:

1. Intrinsic
2. Extrinsic

b. THOMSON AND COLLEDGE (1930) divided them into four subdivisions:

1. Intrinsic
2. Subglottic
3. Extrinsic
4. Mixed

c. Pathological and therapeutic point of view LEDERMAN'S classification:

a. Supraglottis: Include the following sites

1. *Marginal zone:*

i. Posterior surface of the suprahyoid epiglottis including tip.

ii. Aryepiglottic folds

iii. Arytenoids

2. *Supraglottis excluding epilarynx:*

i. Infrahyoid epiglottis

ii. Ventricular bands (1%)

iii. Ventricular cavity

b. Glottis:

1. Vocal cords (73%)

2. Anterior commissure (2%)

3. Posterior commissure (1%)

c. Subglottis: Involved wall of glottis (5%)

Squamous cell carcinoma = 99%

Others = rare

Sarcoma = very rare

T.N.M. CLASSIFICATIONS (T = TUMOUR, N = LYMPHNODE, M = METASTASIS):

T = Primary tumour

Tis = Carcinoma in-situ

T1 = Tumour confined to the region with normal mobility

Tia = Tumour confined to one side of the region

Tib = Tumour from one site of the region extending to another site of the same region.

T2: Tumour confined to the larynx with fixation of one or both cord.

T4 = Tumour with direct extension beyond the larynx

N = Regional lymph node

N0 = No evidence of lymph node involvement.

N1 = Movable homolateral regional nodes

N2 = Movable bilateral regional lymph nodes

N3 = Fixed regional lymph nodes

M0 = No distant metastasis

M1 = Evidence of distant metastasis

Staging of Carcinomal larynx

Stage I : T1 N0 M0

Stage II : T2 N0 M0

Stage III: T3 N0 M0, T1 T2 T3 N1 M0

Stage IV: T4 N0 N1 M0, any T N1 N2 N3 M0, any T any N M1

ETIOLOGY (اسباب):

1. Exact cause unknown
2. Use of irritants like fumes, smokes
3. Radiation
4. Chewing tobacco
5. Prolong vocal strain
6. More common in male
7. More incidence in India (Mumbai and Pune), Brazile, Spain and Holland.
8. Very rare in Japan

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Intermittentandprogressivedysphonia (indicateadvance stage of tumour)
2. Stridor
3. Pain is the late symptom, if the pain is present early then supraglottic involvement is there and the pain radiates to ear.
4. Dysphagia (rare symptom) indicate involvement of phaynx or oesophagus
5. Cough and irritation of throat (common and early symptom).

6. Hoarseness of voice indicates involvement of vocal cords.

7. Neck swelling indicates invasion of lymph node.

8. Haemoptysis indicate ulceration.

9. Halitosis

MODE OF SPREAD:

1. Direct continuity to anatomical structure

2. By lymph node

3. By blood

1. EXAMINATION AND DIAGNOSIS (معائنہ اور تشخیص):

(A)

(i) History of patient

(ii) Laryngeal Examination: To see mobility of vocal cords.

(iii) Neck Examination: To rule out involvement of cervical lymph node.

(B) General Examination: Blood pressure, Temperature, pulse, respiratory rate, lymph adenopathy.

(C) Radiological Examination: includes Soft tissue x-ray of the neck which show extension of lesion and

involvement of cartillage.

(D) X-ray Chest: rules out the secondary and other associated pathology.

(E) Laryngoscopy: Is helpful to determine the extension of the tumour and to note mobility of the cords in large tumour.

(F) Direct laryngoscopy and biospy: To determine the extent and nature of the lesion.

2. CLINICAL INVESTIGATIONS:

i. Complete haemogram

ii. Urine test

iii. L.F.T.

3. HISTOLOGICAL EXAMINATION: Squamous cell carcinoma

TREATMENT (علاج):

A. Chemotherapy

B. Surgery

C. Radiotherapy

A. CHEMOTHERAPY

(Cytotoxic durg or Antineoplastic drug or Anticancer drug):

It is toxic on blood, liver, brain, and deposited in kidney and liver. So LFT and KFT done after the use of cytotoxic drug.

1. **Cyclophasphamide:** initial dose = 40-50 mg/kg of body weight, I.V in divided dose and then maintain the dose = 10-15 mg/kg of body weight for 7-10 days x twice a week.

2. **Chlorambucil:** 100-200 mg/kg body weight - one tablet daily.

3. **Bleomycin Sulphate:** 0.25-0.5 unit / kg body weight, I.V or 1.M inj. once or twice a week.

4. **Methotrexate Sodium:** Oral dose: 15-50 mg/kg body weight once or twice a week, Injection 15-50 mg/kg body weight once or twice a week.

5. **Cisplatin:** Use with bleomycin dose - 20-50 mg I.V x 5 day

6. **Ok 423 (Latest drug):** Used in Japan, after aspiration of fluid from tumour, then the drug is injected.

UNANI TREATMENT:

۱۔ سدابہار

۲۔ ہلدی

۳۔ املتاس

۴۔ ریوند

۵۔ افتیمون

COMPLICATIONS OF CYTOTOXIC DRUG:

1. Haemolysis
2. Nausea
3. Vomiting

B. SURGERY:

1. Partial laryngectomy
2. Total laryngectomy

LARYNGECTOMY:

Procedure:

1. There should be no focus of infection in the nose, paranasal sinus or in the oral cavity.
2. General condition of the patient should be fairly good.
3. Preliminary tracheostomy is done before undertaking laryngectomy.
4. The procedure is done under General Anaesthesia or Local Anaesthesia.
5. SORENSON'S and GLUCK'S incision are the usual incisions done.

6. The skin flap is elevated, strap muscle, larynx exposed, suprahyoid attachment cut, thyroid isthmus transected in the middle exposing the trachea, pyriform mucosa elevated from the inner aspect of thyroid laminae, then the larynx removed either from above downward as from below upwards.

7. The pharynx is closed in layers after passing the Ryle's tube.

8. Trachea is connected with the skin creating a permanent tracheostomy.

9. The skin is closed after keeping the corrugated rubber drains.

POSTOPERATIVE CARE:

1. Care of the tracheostomy tube with proper suction is important.

2. Vital sign viz. Pulse, Temp., B.P. respiration must be monitered.

3. The patient should be encouraged to sit and to cough so as to prevent pulmonary complications.

4. Patient should be put on heavy antibiotic and I.V. fluids.

5. Daily dressing

6. Remove stiches on the seventh to tenth day

COMPLICATIONS OF LARYNGECTOMY:

1. Cardiac arrest

2. Haemorrhage

3. Pulmonary embolism

4. Pulmonary complications like bronchopneumonia and atelectasis etc.

5. Pharyngocutaneous fistula

1. GLOTTIC CANCER: Tumour limited to cords can be treated by surgery or radiotherapy. Radiotherapy is the treatment of choice for cordal cancer.

2. SUBGLOTTIC CANCER: Surgery followed by radiotherapy is the treatment of choice.

3. SUPRAGLOTTIC CANCER: By supraglottic laryngectomy or by radiotherapy.

4. TRANSGLOTTIC CANCER: by total laryngectomy

HOARSENESS OF VOICE

(بحۃ الصوت یا آواز کا بیٹھ جانا)

DEFINITION (تعریف):

"A rough and harsh quality of the noise is known as hoarseness of voice".

اس مرض میں Vocal cords کی ساخت میں تغیر پیدا ہو جاتا ہے جسکے سبب آواز بیٹھ جاتی ہے

CAUSES (اسباب):

(A) Congenital Causes

(B) Acquired Causes

(A) CONGENITAL CAUSES:

1. Laryngeal web

2. Cysts:

i. Cystic hygroma

ii. Dermoid cyst

iii. Branchial cyst

3. Tumours:

i. Lipoma

ii. Fibroma

iii. Chondroma

iv. Haemangioma

v. Leiomyoma

(B) ACQUIRED CAUSES

1. Traumatic:

i. Compression injuries by gloves and strangulation.

ii. Inhaled foreign body.

iii. Anaesthetic intubation injuries.

iv. Acute submucosal haemorrhage in vocal cords by coughing, cry and weight lifting.

2. Inflammatory:

(a) Acute:

(i) Specific (ii) Non-specific

(b) Chronic:

(i) Specific (ii) Non-specific

(a) Acute:

(i) Non-specific

1. Acute simple infective laryngitis.
2. Inhalation of irritating fumes and gasses, tobacco, spices, alcohol etc.
3. Acute tracheobronchitis
4. Laryngeal oedema

(ii) Acute Specific: Laryngitis due to diphtheria

(b) Chronic:

(i) **Non-specific:**

1. Chronic simple laryngitis
2. Chronic atrophic laryngitis
3. Vocal nodules or singer nodules or nodular laryngitis
4. Chronic hypertrophic laryngitis
5. Laryngeal polyp.
6. Arthritis of the cricoaretenoid joints.

(ii) Specific:

1. Tubercular laryngitis
2. Syphilis
3. Leprosy

3. Neoplastic:

(a) Benign causes

(b) Malignant causes

(a) Benign causes:

1. Papilloma
2. Fibroma
3. Angioma
4. Lipoma

5 Myoma

(b) Malignant causes:

1. Squamous cell carcinoma (commonest cause)

2. Sarcoma (rare)

4. Paralytic causes:

1. Unilateral or bilateral complete paralysis of vocal cord.

2. Fuctional aphonia due to hysteria or emotion.

5. Miscellaneous causes:

1. Laryngocoel

2. Prolapse of the ventricle of the larynx

UNANI CAUSES:

۱۔ نزلہ حادہ

۲۔ سوء مزاج گرم و سرد

۳۔ سوء مزاج سرد و خشک

۴۔ چیخنا

۵۔ فضائی آلودگی

۶۔ حار اور اکال اشیاء کا استعمال

۷۔ التہاب حجرہ حاد

۸۔ خراش حجرہ

۹۔ خشونت حجرہ

۱۰۔ تشنج حجرہ

۱۱۔سوءمزاج حجرہ

۱۲۔ سلعہ حجرہ

۱۳۔ خناق حجرہ

۱۴۔ ضربہ وسقطہ حجرہ

۱۵۔ سیندور یا سرمہ کا استعمال

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ نزلہ حار کی صورت میں حلق میں سوزش اور جلن محسوس ہوتی ہے۔

۲۔ سوءمزاج حجرہ حار میں خشک کھانسی آتی ہے۔

۳۔ سوءمزاج بارد رطب میں برف باری یا باد شمالی کی چلنے کی روداد ملے گی۔بلغم خارج ہوتا ہے۔

۴۔ سوءمزاج رطب کی صورت میں حجرہ میں ثقل اور گرانی محسوس ہوتی ہے۔

۵۔ آواز چھوٹی اور باریک ہوتی ہے۔

TREATMENT (علاج):

۱۔ نسخہ غرغرہ:

۱۔ کاکڑا سینگی ،اصل السوس ،کوکنار ،عدس مسلم ہموزن تمام دواؤں کو پانی میں جوش دیکر غرغرہ کرائیں۔

۲۔ پوست خشخاش ،عنب الثعلب ،تخم کتاں کا جوشاندہ بنا کر غرغرہ کرائیں۔

۲۔ نسخہ حبوب:

رب السوس ،صمغ عربی ،کتیرا ،ست پودینہ ،شیرہ بادام ،خولنجان ،اصل السوس مقشر ،عاقرقرحا ،سنبل الطیب ،قرنفل ،ان تمام دواؤں کو شہد یا کسی عرق میں ملا کر حب بنا کر چوسنے کے لئے دیں۔

۳۔ نسخہ لعوق:

میتھی، حب صنوبر کلاں، رب السوس، مرکی اور شہد سے لعوق بنا کر چٹائیں۔

۴۔ نسخہ جوشاندہ:

۱۔ ماء الاصول پلائیں مثلاً بیخ کرفس، بیخ بادیان، بیخ سوسن، اصل السوس۔

۲۔ عناب، تخم خطمی، اصل السوس تمام دواؤں کو پانی میں جوش دیکر نبات سفید ۱۲ گرام میں حل کر کے نوش کرائیں۔

ہدایات:

۱۔ نیم گرم پانی سے غسل کرائیں۔

۲۔ زردی بیضہ مرغ پلائیں۔

۳۔ سویاں کھلائیں جو میدے کے سفید آٹے سے بنائی گئی ہو۔

۴۔ حریرے پلائیں جو دودھ، نشاستہ اور روغن بادام سے بنائے گئے ہوں۔

DYSPHAGIA

(عسر البلع، نگلنے میں دشواری)

DEFINITION (تعریف):

Difficulty in swallowing or inability to swallow is known as dysphagia and painful swallowing is known as odynophagia.

اس مرض میں مری کے عضلی ریشوں کے مفلوج ہو جانے کی وجہ سے کسی بھی شئے کو نگلنے میں دشواری ہوتی ہے۔

CAUSES (اسباب):

A. OROPHARYNGEAL AND UPPER OESOPHAGEAL:

a. Out side the oesophagus:

1. Acute tonsillitis
2. Stomatitis
3. Peritonsillar abscess or quinsy
4. Tubercular laryngitis
5. Glottic tumours
6. Malignancy

b. In the wall or lumen of oesophagus:

1. Foreign body in oesophagus
2. Benign oesophageal sphincter

3. Traumatic injury

4. Corosive injury

5. Reflex oesophagitis

6. Malignancy

7. Benign tumour

8. Paterson - Brown Kelly Syndrome

9. Nervous disorder like diphtheritic neuritis, myasthenia gravis, cardiospasm and achlasia

B. MID AND LOWER OESOPHAGEAL:

a. Extrinsic causes (Due to compression or pressure):

1. Enlarged mediastinal nodes

2. Enlargement of thyroid

3. Inflammatory and malignant disease of thyroid gland

4. Pharyngeal pouch

5. Retrosternal goitre

6. Pericardial effusion

7. Enlarged left atrium

8. Neoplasm of bronchus

9. Dilatation of heart

10. Aortic aneurysm

b. Intrinsic causes:

1 Congenital short oesophagus

2. Peptic oesophagitis or peptic ulcer

3. Corrosive burns

4. Carcinoma of oesophagus

5. Achalasia cardia

6. Oesophageal stenosis

INVESTIGATIONS (تفتیش):

1. History:

i. Age - 20-40 years cause cardiospasm

ii. Female -

2. Biopsy: For malignancy

3. X-ray: Barium meal shows spindle shapedoesophagus

4. Endosocpy

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ نگلنے میں دشواری ہوتی ہے۔

۲۔ غذا مری سے معدہ تک دیر میں جاتی ہے۔

۳۔ نگلنے کے وقت درد نہیں ہوتا۔ برخلاف اس کے کہ اس کا سبب ورم یا کوئی دوسرا دباؤ ہو تو نگلنے میں تکلیف ہوتی ہے۔

TREATMENT (علاج):

اصول علاج:

ا۔اصل سبب مرض کاازالہ کریں۔

۲۔ مزاج مری کو بدلنے کے لئے شربت ،غرغرہ،شانوں کے درمیان لتھیڑنے اور چپڑنے کی دوائیں (لطوخات اور مروخات) کااستعمال کرائیں۔

علاج:

ا۔ نسخہ شربت:شربت املی ہمراہ شیرہ تخم خرفہ یالعاب اسپغول پلائیں۔

۲۔ نسخہ غرغرہ:آب برگ کاسنی،آب کشنیز سبز،آب کاہو سبز کا غرغرہ کرائیں۔

۳۔ نسخہ لطوخات:شانوں کے درمیان صندل،کافور،آب کاہو،آب خرفہ سبز،آب کشنیز سبز اور روغن بنفشہ اور موم لگائیں۔

۴۔ نسخہ مالش:روغن بنفشہ اور روغن کدو کی مالش کریں۔

CARDIOSPASM OR ACHALASIA OF THE CARDIA OR OESOPHAGIECTASIA

(تشنج الفواد، انطباق مری یا مری کا بند ہونا)

DEFINITION (تعریف):

"It is a disorder of oesophagus characterised by weak or absent peristalsis through the lower part of the oesophagus and failure of relaxation of the cardiac sphincter in response to swallowing. Thus there is retention of food in the oesophagus and distension of its lumen. The mucosa gets ulcerated.

اس مرض میں مری ڈھیلی ہو کر چپک جاتی ہے جس کی وجہ سے پانی جیسی سیال اور رقیق اشیاء نوش کرنے میں دشواری ہوتی ہے اس کے برخلاف بھاری لقمہ یا سخت چیزوں کے کھانے میں دشواری نہیں ہوتی۔

CAUSES (اسباب):

Injury / absence / degeneration of the ganglion cells in the Auerbach's nerve plexus resulting paralysis of cricophryngeous muscle.

۲۔ استرخاء عضلہ مری

۳۔ برودت/انصباب رطوبت

۴۔ قروح مری کے اندمال کے بعد

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Dysphagia: at first it is intermittent and later on becomes permanent. Dysphagia is more for liquids than solid as the solid food can pass down the sphincter because of its weight.

2. Long standing history of epigastric discomfort which progresses to dysphagia.

3. Retrosternal burning or heart burn.

4. Regurgitation of food: Swallowed food and liquid, associated with mucous usually foul smelling is regurgitated.

5. Bronchopulmonary symptoms: The regurgitated food may spill back into the bronchial tree resulting in respiratory infection characterised by cough sputum, dysphonea.

6. Aspiration pneumonia

7. Supurative pneumonitis

8. Bronchiectasis

DIAGNOSIS OR INVESTIGATION (تشخیص):

1. **Barium x-ray:** shows spindle shaped narrowing of the cardiac end through which little or no barium passes down.

2. **Oesophagoscopy:** on oesophagoscopy, after the retained food material is cleaned, the dialated oesophageal lumen become evident. Oesophagoscopy may reveal the site of obstruction and excludes the other cause like carcinoma of oesophagus. The mucosa is hyperaemic and ulcerated.

3. **Manometric test: (Cannon's law):** After injection of acetyl methyl choline, violent and painful contraction, of oesophagus may be seen and recorded in the manometre.

4. **Endoscopy:**

COMPLICATIONS (عوارضات):

1. Nutritional deficiencies
2. Pulmonary complications because of frequent regurgitation
3. The chances of developing oesophageal malignancy are around 20%.

TREATMENT (علاج):

A. CONSERVATIVE TREATMENT:

1. Administration of antispasmodic drug
2. Instrumental dialatation of the oesophagus by rubber elastic bugie or by oesophageal balloon.
3. Drugs: Amyl nitrite inhalation, isosorbide dinitrate, anticholenergic may give for temporary improvement and nifedipine is also beneficial.
4. General nutrition should also be maintained.

B. SURGICAL TREATMENT (HELLER'S Operation or Oesophagomyotomy):

In this operation the obstruction at the lower end is relieved by cutting through the muscular layer of the oesophagus. Hellers operation also gives good result in 60-90% of cases and is required for 20-25% of cases.

UNANI TREATMENT:

اصول علاج:

۱۔ ایارجات کا مسہل دیں۔

۲۔ رطوبت کو خشک کرنے والی اور عضوء کو قوی کرنے والی چیزوں سے غرغرہ کرائیں۔

علاج:

۱۔ ایارج فیقرا کو ماء العسل میں گھول کر بکثرت غرغرہ کرائیں۔

۲۔ انیسون، بالچھڑ، بہمن سفید، بہمن سرخ، کندر، مصطگی ہموزن تمام دواؤں کو پانی میں جوش دیکر غرغرہ کرائیں۔

۳۔ تھوڑی کے نیچے پچھنے لگا کر جند بید ستر اور سکنجبین پانی میں پیس کر لیپ کریں۔

۴۔ جوارش عود ترش (۷ گرام) کا استعمال کریں۔

۵۔ جوارش انارین (۷ گرام) کا استعمال کریں۔

۶۔ قرص ریحاں (۲ عدد) کے ساتھ قرص الکلی (۲ عدد) کا استعمال بہت مفید ہے۔

OESOPHAGITIS

(ورم مری)

DEFINTION (تعریف):

Inflammation of oesophagus is known as oesophagitis.

اس مرض میں مری میں ورم اور سوزش پیدا ہو جاتی ہے۔

CAUSES (اسباب):

1. Achlasia of cardia or cardiospasm
2. Regurgitation of food or refleux oesophagitis
3. Stagnation of food
4. Acid - pepsin regurgitation or acidic oesophagitis
5. Frequent and violent vomiting
6. Foreign body in oesophagus
7. When acid regurgitate --- necrosis --- healing --- inflammation of granulation tissue --- fibrosis --- stricture.

۱۔ اخلاط حارہ

۲۔ اخلاط باردہ

۳۔ سل ریوی

۴۔ آتشک

۵۔ سرطان مری

۶۔ قذی المری

۷۔ متعدی بخار

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Painful dysphagia (odynophagia)
2. Feeling of obstruction in oesophagus.
3. Nocturnal pain
4. vomiting
5. Haematemesis
6. Heart burn

DIAGNOSIS (تشخیص):

1. Barium x-ray
2. Oesophagoscopy (necrosed mucosa)
3. Endoscopy

TREATMENT (علاج):

1. Anticholenergic drug e.g. probanthene
2. Symptomatic treatment
3. Improve nutrition
4. Protein rich diet for weight maintenance

UNANI TREATMENT:

۱۔ اجوائن خراسانی، اجوائن دیسی، بیش مدبر، ست پودینہ، عاقرقرحا، زنجبیل، حلیت، مصطگی، دانہ ہیل خرد کا سفوف (۱ گرام) صبح وشام استعمال کرائیں۔

۲۔ انیسون، بادیان، پودینہ، آملہ، ساذج ہندی، صعتر فارسی، کشنیز خشک، ہموزن لیکر جوشاندہ بنائیں اور کھانے کے بعد استعمال کریں۔

۳۔ جوارش عود ترش (۷ گرام) یا جوارش انارین (۷ گرام) کا استعمال کرنا مفید ہے۔

۴۔ قرص ریحاں (۲ عدد) قرص الکلی (۲ عدد) کا استعمال کرنا مفید ہے۔

ہدایات:

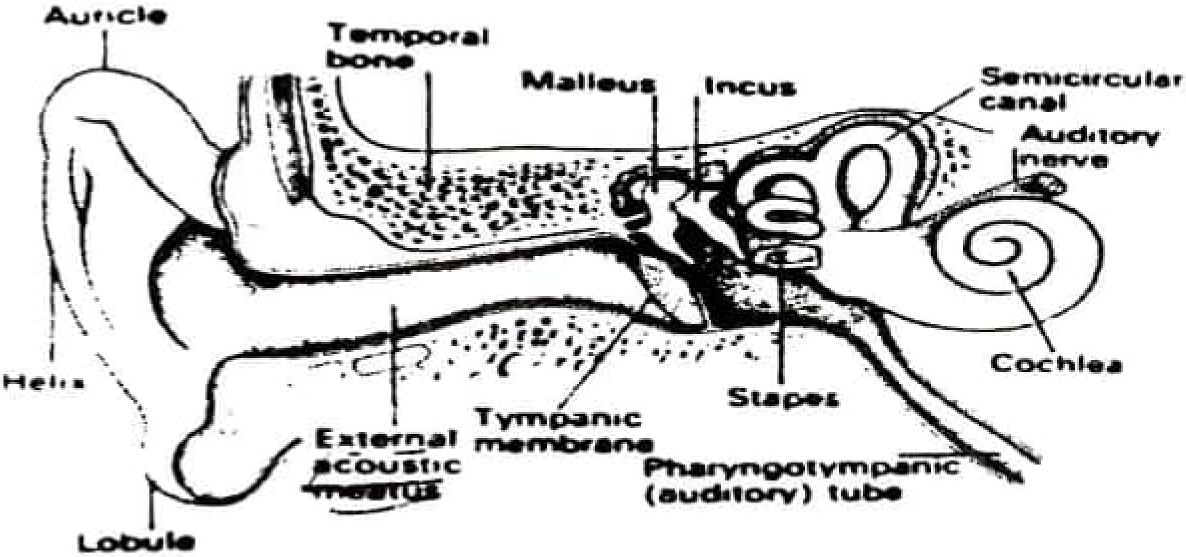
۱۔ مرچ مصالحہ سے پرہیز کریں

۲۔ سونے سے ۴ گھنٹے پہلے کھانا کھائے۔

۳۔ Upright position میں مریض کو لٹائیں۔

ANATOMY OF THE EAR

(کان کی تشریح)



The parts of the ear.

STRUCTURE: The ear is the organ of hearing. It is supplied by the 8th cranial nerve (Cochlear part of the vestibulocochlear nerve which is stimulated by vibrations caused by sound waves). The ear is divided into three distinct parts.

1. External Ear:

i. Pinna

ii. External auditory canal.

2. Middle Ear:

i. Eusthachian tube

ii. Mastoid cellular system

3. Inner Ear:

i. Cochlea

ii. Vestibule

iii. Semicircular canal

iv. Vestibulocochlea nerve

EXTERNAL EAR:

The external ear consists of the auricle (pinna) and the external acoustic meatus.

The Auricle (Pinna): The auricle is expanded portion projecting from the side of the head. It is composed of fibroelastic cartilage covered with skin and ridged and the most prominent external ridge is the helix.

The lobule (earlobe) is the soft pliable part at the lower extremity, composed of fibrous and adipose tissue richly supplied with blood.

External acoustic meatus (auditory canal): A slightly S-shaped tube about 2.5 cm long extending from the auricle to the tympanic membrane (eardrum). The lateral third is cartilaginous and the remainder is a

canal in the temporal bone. The meatus is lined with skin containing hairs continues with that of the auricle. There are numerous sebaceous and ceruminous glands in the skin of the lateral third. Foreign materials, e.g. dust, insects and microbes, prevented from reaching the tympanic membrane by wax, hairs and the curvature of the meatus.

The tympanic membrane (eardrum) completely separates the external acoustic meatus from the middle ear. It is oval-shaped with the slightly broader edge upwards and is formed by three types of tissue, the external covering of hairless skin, the middle layer of fibrous tissue and the inner lining of mucous membrane continuous with that of the middle ear.

MIDDLE EAR (TYMPANIC CAVITY):

This is an irregular air-filled cavity within the petrous portion of the temporal bone. The lateral wall of the middle ear is formed by the tympanic membrane.

The roof and floor are formed by the temporal bone. The posterior wall is formed by the temporal bone with

openings leading to the mastoid antrum through which air passes to the air cells within the mastoid process. The medial wall is a thin layer of temporal bone in which there are two openings:

i. oval window (fenestra ovalis)

ii. round window (fenestra rotunda)

The oval window is occluded by part of a small bone called the stapes and the round window, by a fine sheet of fibrous tissue.

Auditory ossicles: These are three very small bones that extend across the middle ear from the tympanic membrane to the oval window. Each other and with medial wall of the cavity at the oval window. They are named according to their shapes.

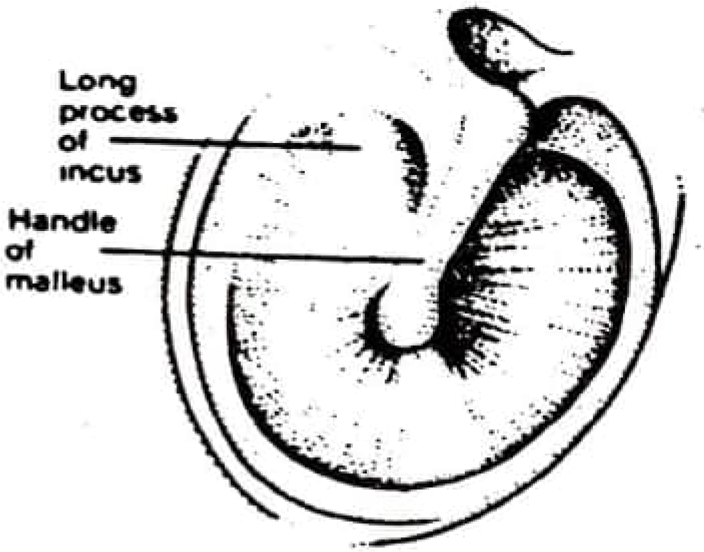
The malleus: This is the lateral hammer-shaped bone. The handle is in contact with the tympanic membrane and the head forms a movable joint with the incus.

The incus: This is the middle anvil-shaped bone. Its body articulates with the malleus, the long process with the stapes, and it is stabilized by the short process, fixed by fibrous tissue to the posterior wall of the

tympanic cavity.

The stapes: This is the medial stirrup-shaped bone. Its head articulates with the incus and its footplate fits into the oval window.

The three ossicles are held in position by fine ligaments.



INNER EAR:

The inner (internal) ear or labyrinth ear contains the organs of hearing and balance. It is generally described in two parts, the bony labyrinth and the membranous labyrinth.

Bony labyrinth: The bony labyrinth consists of

- 1 vestibule
- 1 cochlea
- 3 semicircular canals.

The vestibule: This is the expanded part nearest the middle ear. It contains the oval and round windows in its lateral wall.

The cochlea: This resembles a snails shell. It has a broad base where it is continuous with the vestibule and a narrow apex, and it spirals round a central bony column.

The semicircular canals: These are three tubes arranged so that one is situated in each of the three planes of space. They are continuous with the vestibule.

Membranous labyrinth: This contains endolymph and lies within its bony counterpart. It comprises:

- the vestibule, which contains the utricle and saccule.
- the cochlea
- three semicircular canals.

The cochlea: The cochlea contains three compartments:

i. the scala vestibuli

ii. the scala media, or cochlear duct

iii. the scala tympani

In cross-section the bony cochlea has two compartments containing perilymph: the scala vestibuli, which originates at the oval window, and the scala tympani, which ends at the round window. The two compartments are continuous with each other. The cochlear duct is part of the membranous labyrinth and is triangular in shape. On the basilar membrane, or base of the triangle, there are supporting cells and specialized cochlear hair cells containing auditory receptors. These cells form the spiral organ of Corti, the sensory organ that responds to vibration by initiating nerve impulses that are then perceived as hearing by the brain.

The auditory receptors are dendrites of efferent nerves that combine forming the cochlear part of the vestibulocochlear nerve, which passes through a foramen in the temporal bone to reach the hearing area in the temporal lobe of the cerebrum.

DEAFNESS

(بہراپن ، اونچا سننا)

DEFINITION (تعریف):

Deafness denotes loss of auditory function and depending upon the severity of hypoacusis (decreased sensitivity to sound stimuli), deafness may be mild, moderate, severe or total **OR** complete or partial loss of ability to hear.

طرش (کم سننا): اس مرض میں معمولی آواز پورے طور پر سنائی نہیں دیتی بلکہ مریض کو اونچا سنائی دیتا ہے۔

وقر (بالکل نہ سننا): اس مرض میں بالکل سنائی نہیں دیتا اور مریض مکمل طور پر بہرا (بطلان سماعت) ہو جاتا ہے۔

صمم: اس مرض میں مریض کو بالکل سنائی نہیں دیتا۔ یہ مرض خلقی Congenital طور پر خاص طور سے کان کے سوراخ کے بند ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے۔

TYPE (اقسام):

A. Congenital or prenatal deafness

B. Acquired or postnatal deafness

i. Conductive deafness

ii. Sensorineural

ETIOLOGY (اسباب):

A. CONGENITAL OR PRENATAL DEAFNESS:

a. Genetic disorder:

1. Atresia of external auditory canal.
2. Congenital absence of the oval window
3. Aplasia
4. Congenital defect in cochlea, organ of corti and auditory canal.

b. During pregnancy:

1. Rubella
2. Rh incompatability
3. Infectious disease like measles
4. Use of drugs like kenamycin, streptomycin and certain antibiotics are ototoxic and damage the organ of Corti.
5. Threatened abortion
6. Major surgery in G.A.
7. Degeneration of part of ear

c. During Birth

1. Prolong or difficult labour
2. Premature birth
3. Anoxia

4. Convulsion

5. Cerebral palsy

6. Jaundice

B. ACQUIRED OR POSTNATAL DEAFNESS:

a. Conductive deafness

b. Sensorineural defect

a. Conductive deafness:

1. Trauma: acquired atresia of external auditory canal

2. Rupture of tympanic membrane

3. Fracture of base of skull

4. Foreign body or wax in the external auditory canal

5. Haematoma

6. Auricular disturbances

7. Barotrauma

8. Inflammation like inflammation of Eustachian tube, acute and chronic otitis media, boils and furunculosis and exostosis (bony growth on bone)

9. Malignancy of external and middle ear

10. Otosclerosis

b. Sensory neural defect

1. Trauma:

i. Fracture of base of skull

ii. Explosive blast

iii. Noise induced pollution

2. Inflammation:

i. Inflammation of labyrinth

3. Drug induced toxicity:

i. Dihydro streptomycin

ii. Quinine

iii. Acetyl salicylic acid

iv. Chloromycetin

v. Kenamycin

vi. Tobacco and alcohol

vii. Hair dye (Aniline dye)

4. Neoplasm:

i. Benign and malignant tumour of auditory nerve

ii. Cerebello ponti angle tumour

5. Miscellaneous cause:

i. Deafness due to old age

ii. Emotional state or extreme of emotion

iii. Functional disorder as hysteria epilepsy

ا۔ طرش نومولود

۲۔ بڑھاپے کا بہرا پن

۳۔ چوٹ

۴۔ امراض حادہ

۵۔ سوء مزاج اذن

۶۔ خام اور غلیظ اخلاط

۷۔ سدہ صماغ

۸۔ جسم غریب

۹۔ نقرس، آتشک

۱۰۔ اعصاب کی کمزوری

۱۱۔ خون کی کمی

۱۲۔ ورم لوزتین

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ کان میں مختلف قسم کی آوازیں آتی ہے۔

۲۔ کبھی سماعت ناقص اور کبھی بالکل زائع ہو جاتی ہے۔

TREATMENT (علاج):

۱۔ اصل سبب مرض کا ازالہ کریں۔

۲۔ اگر کان میں میل ہے تو شب کو روغن بادام کان میں ڈالیں تا کہ میل نرم پڑ جائے اور صبح کے وقت گرم پانی میں سہاگہ ڈال کر کان کو پچکاری سے دھوڈالیں۔

۳۔ اگر اعصاب کمزور ہوں تو مقوی اعصاب جیسے حب اذاراقی وغیرہ دیں۔

۴۔ اگر اعصاب میں خشکی ہو تو روغن بادام، روغن کدو یا روغن کا ہو (۲۔۲ قطرے) تین بار کان میں ڈالیں۔

۵۔ اگر کان کا پردہ خراب ہو گیا ہو تو Artificial کان کا پردہ لگوائیں۔

۶۔ اگر خون کی کمی ہو تو کشتہ خبث الحدید، کشتہ مرجان کو جوارش جالینوس میں ملا کر صبح کے وقت دیں۔

۷۔ اگر مرض کا سبب ورم لوزتین، نقرس، آتشک وغیرہ ہو تو اس کا علاج کریں۔

غذا اور پرہیز:

لطیف اور زود ہضم غذائیں دیں۔ مثلاً انڈا، دودھ، بکری کا شوربہ، مرغے کا شوربہ، پالک، خرفہ، چپاتی اور چاول کا استعمال کرائیں۔

TINNITUS

(کان کا بجنا ، طنین و دوی)

DEFINITION (تعریف):

Tinnitus are that subjective sound such as hissing, ringing etc. without any external sound.

طنین اس آواز کو کہتے ہیں جو انسان کے کان میں معلوم ہوتی ہے حالانکہ باہر اس کا کوئی وجود نہیں ہوتا۔ یہ آوازیں کبھی دن رات مسلسل قائم رہتی ہیں کبھی وقتاً فوقتاً محسوس ہوتی ہے۔ طنین تیز اور باریک آواز ہوتی ہے۔ جبکہ دوی ہلکی اور بھاری آواز ہوتی ہے۔

TYPE (اقسام):

a. Central

b. Peripheral

i. Subjective (Audible only to the patient)

ii. Objective (Audible to other person also)

CAUSES (اسباب):

1. Renal diseases
2. Cardiac diseases
3. Blood disorders like leukemia, anaemia
4. Otosclerosis
5. Disseminated sclerosis
6. Paget's disease

7. Use of ototoxic drugs like streptomycin, quinine, acetyl salicylic acid, aspirin, opium and tobacco.

8. Metabolic and endocrine disorders

9. Pregnancy

10. Mental disorders

11. Vascular disorder like vascular tumour, aneurysm of occipital artery and aneurysm of superficial temporal artery.

12. Wax in the ear

13. Suppurative otitis media

14. Associated with sensorineural deafness

15. MENIER'S syndrome (Tinnitus, deafness, vertigo)

16. Acoustic neuroma

17. Acoustic trauma

18. Otorrhoea

19. Allergy

20. Idiopathic tinnitus

21. Patients who are tense and psycologically imbalanced are more prone to have tinnitus.

۱۔ سر کے مواد اور فضلات

۲۔ یبوست اور فاقہ

۳۔ ضعف ناتوانی

۴۔ خلط غلیظ

۵۔ ضیق مجاری

۶۔ سوء مزاج گرم

۷۔ سوء مزاج سرد

۸۔ سوء مزاج خشک

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔سر اور کان میں بوجھ اور تناؤ محسوس ہوتا ہے۔

۲۔ مریض کے سر کے اگلے حصے میں نتھنوں کے پاس بوجھ محسوس ہوتا ہے۔

۳۔ مریض کی آواز خراب ہو جاتی ہے گویا وہ ناک سے بولتا ہے۔

۴۔ سوء مزاج گرم میں سر کے اگلے حصہ میں اور پیشانی میں گرمی محسوس ہوتی ہے۔

MANAGEMENT (علاج):

1. To rule out any organic cause for tinnitus and treatment should be directed towards the basic cause.

2. Lidocaine HCl 100mg infused rapidly I.V., acts as local anaesthetic and blocks multisynaptic juctions. It abolish tinnitus 70% of cases but only for short period.

3. Carbamezipene (200mg x TDS)

4. Tocainide HCl (oral salt of lidocaine x 200mg TDS)

5. Antidepressants

6. Vasodialators like Nylidrine

7. Sedative like diazepam, phenobarbitone

OPERATIONS:

1. Stellate ganglion block
2. Cervical sympathectomy
3. Labyrinthectomy
4. Cochlear nerve section
5. Prefrontal leucotomy
6. Chorda tympani neurectomy

OTHER FORMS OF TREATMENT:

1. Masking
2. Hearing aid
3. Biofeed back
4. Noise generators

UNANI TREATMENT:

۱۔ یبوست کی صورت میں روغن کدو کو افیون میں حل کر کے کان میں ٹپکائیں۔

۲۔ آب برگ شفتالو میں قدرے عنبر حل کر کے کان میں نیم گرم ٹپکائیں۔

۳۔ افسنتین رومی، گل بابونہ، کو سرکہ میں جوش دیکر انکباب کریں۔

۴۔ آب زہرہ گاؤ، روغن گل، روغن مغز خستہ شفتالو کو جوش دیں جب پانی اڑ جائے تو اس میں افیون (اگرام) ملا کر چند قطرے کان میں ٹپکائیں۔

۵۔ بادیان، پرسیاؤشاں، گل گاؤزباں، بیخ بادیان، گل بنفشہ، اسطوخودوس، مویز منقی، تمام دواؤں کو رات میں بھگو کر صبح کو چھان کر شربت بنفشہ ملا کر نوش کرائیں۔

۶۔ شربت بنفشہ یاشربت نیلوفرکودودھ میں ملاکرنوش کرائیں۔

۷۔روغن زہرہ گاؤ(۲قطرے)کاکان میں ٹپکانابہت مفید ہے۔

OTORRHOEA

(سیلان الاذن ، کان کا بہنا)

DEFINITION(تعریف):

Inflammation of ear with purulent discharge is known as otorrhoea.

اس مرض میں کان کی بیرونی نالی کی غشاء میں سوزش پیدا ہوتی ہے جس سے رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے یہ مرض بچوں اور مرطوب المزاج لوگوں میں کثیر الوقوع ہے۔

Discharge: The discharge may be

Discharge	**Causes**
1. Serous	1. Allergic otitis externa
2. Mucopurulent	2. Benign chronic suppurative otitis media and extension of the disease process to mastoid air cell.
3. Purulent	3. Cholesteatoma, otitis externa
4. Blood stained	4. Malignancy, granulations
5. Watery	5. May be CSF (cerebro spinal fluid) due to trauma or because of diffuse otitis externa.

CAUSES (اسباب):

A. External ear causes

B. Middle ear causes

A. EXTERNAL EAR CAUSES:

1. Otitis externa is the main cause
2. Boils
3. Furunculosis
4. Foreign body in ear
5. Dermatitis
6. Teething
7. Wax
8. Indigestion
9. Tubular lymphadenopathy
10. Upper respiratory tract infection
11. Adenoids in children

B. MIDDLE EAR CAUSES:

1. Acute or chronic otitis media

۱۔ نزلہ مزمن ۲۔ سوءِ ہضم
۳۔ سردی لگنا ۴۔ رطوبت بلغمی کی زیادتی
۵۔ کان کی نالی میں ورم یا قرحہ
۶۔ قلاع اذن
۷۔ ایک ہی کروٹ لٹا کر بچوں کو دودھ پلانا
۸۔ خنازیری مزاج

۹۔ کسی خارجی چیز کا کان میں پڑ جانا

۱۰۔ حادر متعدی امراض مثلاً خناق، سرخ بخار، جدری، حصبہ، آتشک اور سوزاک

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ ابتداء میں خفیف حرارت ہوتی ہے۔

۲۔ اس کے بعد شدید بخار آتا ہے

۳۔ معمولی درد اور خارش ہوتی ہے۔

۴۔ کان کا سوراخ متورم دکھائی دیتا ہے۔ اور اس کی بیرونی غشاء میں التہابی کیفیت پیدا ہو کر سیلان ہوتا ہے۔

۵۔ رطوبات کا انصباب اگر کان کے اندر ہونے لگے تو دوران سر ہوتا ہے۔

۶۔ رطوبت کا انصباب اگر دماغ کی طرف ہونے لگے تو سرسام کے امکانات ہوتے ہیں۔

TREATMENT (علاج):

۱۔ آب برگ نیم اور شہد کان میں ٹپکا کر کان صاف کریں۔

۲۔ برگ نیم (۲۴ گرام)، شہد خالص (۱۲ م ل) کو ۲۵۰ م ل پانی میں جوش دے کر بھپارہ کریں۔ اس سے سیلان رک جائے تو یہ نسخہ استعمال کریں۔

۳۔ کپڑے کی باریک بتی بنا کر شہد میں لت کر کے شب یمانی، سہاگہ کا سفوف چھڑک کر کان میں رکھیں کان کی رطوبت خشک ہو جائے گی۔

۴۔ سفوف خرمہرہ نلکی کے ذریعہ کان میں پہنچائیں۔

۵۔ انزروت (۳ گرام) شہد خالص (۱۲ م ل) میں ملا کر کان میں ڈالیں۔

۶۔ پوست خشخاش (۱۲۰ گرام)، پانی میں ڈال کر دیگچی بند کریں جب خوب پک جائے تو کان میں بھاپ دیں اور اس کے بعد روغن بابونہ کان میں ڈالیں۔

۷۔ انزروت، دم الاخوین، کندر، ہموزن تمام دواؤں کو پیس کر کان میں ڈالیں۔

OTITIS MEDIA

(التہاب اذن)

DEFINITION (تعریف):

It is a pyogenic inflammation of mucosa of the middle ear. It is a common disorder occuring at all ages, particularly in children.

اس مرض میں کان کے درمیانی حصہ میں نیز کان کے پردہ پر ورم پیدا ہو جاتا ہے جس سے مختلف عوارض رونما ہوتے ہیں۔

TYPE (اقسام):

A. Suppurative otitis media

i. Acute

ii. Chronic

B. Non specific otitis media

i. Acute

ii. Chronic

C. Specific otitis media

i. Tuberculosis

ii. Syphilis

D. Adhesive otitis media

A. ACUTE SUPPURATIVE OTITIS MEDIA (التہاب اذن حاد):

CAUSES (اسباب):

1. Rhinitis and sinusitis
2. Tonsillitis
3. Naso-pharyngitis
4. Pharyngitis
5. High deviated nasal septum
6. Adenoids
7. Nasal polypi
8. Nasopharyngeal or nasal packs
9. Tumours of the nose and nasopharynx
10. Anatomical factors such as short, straight and wide eustachian tube in young children
11. Exposure to the cold wind.
12. Carelessness on the part of mother in keeping the baby in a flat position while feeding, thus allowing milk to regurgitate into the nasopharynx and to the middle ear cavity through the eustachian tube. Eustachian tube is the commonest route by which infections travels from the nose and nasopharynx to the middle ear.
13. The attack usually follows a common cold or influenza.

14. The viral infection damages the mucosal barrier and bacteria invade as secondary organism.

15. Organism like Beta haemolytic streptococcus (common), Bramhamella catarrhalis (common), haemophilus influenzae, Pneumococcus, Staphylococcus aureus, Non-haemolytic streptococcus, Bacillus proteus and Pyo cuaneus.

۱۔ غلبہ اخلاط

۲۔ عصبی خراش

۳۔ کان میں زور سے پچکاری کرنا

۴۔ سرخ بخار

۵۔ نقرس

۶۔ وجع المفاصل

۷۔ خنازیر

ROUTE OF INFECTION:

1. Eustachian tube is main route of infection.
2. Perforated tympanic membrane.
3. Blood circularation is the rare route of infection.
4. Sometimes infection of middle ear may follow an imperfectly sterile operative procedure on the middle ear.

CLINICAL FEATURES / PATHOLOGY (علامات/تشخیص):

i) Stage of tympanic congestion or tympanic hyperaemia

1. Hyperaemia
2. Patient's complaint of pain
3. Sensation of fullness in the ear
4. Tympanic membrane looks congested
5. No significant hearing loss at this stage

ii) Stage of exudation:

1. Exudate collect's in the tympanic membrane
2. Patient complain's marked pain in the ear with deafness
3. Tympanic membrane congested and bulging
4. Constitutional symptoms like fever, headache and malaise occurs.

iii) Stage of suppuration:

1. Pressure necrosis started.
2. Perforation of the tympanic membrane in the centre.
3. Intensity of pain diminishes but hearing loss persist.
4. The mucosa of the middle ear if seen through the perforation, is much congested and thickened.

5. The discharge is serosanguinous at the onset and mucoprulent later on.

6. Radiological examination of the mastoid at this stage shows clouding of the air cell but the bony partitions between the air cell, remain intact.

7. Constitutional symptoms like malaise, weakness, bodyache and fever may be present.

iv) Stage of Recovery or convalescence:

1. The disease starts subsiding and the recovery process begins.

2. Discharge scanty, creamy with bad odour.

3. If not treated the disease may involve the mastoid air cells.

v) Stage of coalescent mastoiditis:

1. Continued infection in absence of the proper therapy causes hyperaemia and thickening of the mucoperiosteum, thus impeding the drainage of secretions and stasis.

2. Hyperaemic decalcifications of the walls of the mastoid air cells causes the smaller air cells to coalesce into large cavities and this lead to erosion.

3. Pain in ear diminishes, profuse discharge continues, constitutional symptoms like malaise, fever, bodyache, loss of appetite may present and deafness persist.

4. Profuse ear discharge, purulent, or creamy for more than two week duration following an attack of acute suppurative otitis media is important sign of coalesent mastoiditis. Mucosa of middle ear show marked congestion and thickening and mastoid tenderness may present.

5. Radiological examination: Clouding of air cells with destruction of all cell partitions, thus there occurs loss of clarity and distinctiveness of the air cell.

SEQUALE OR AFTER EFFECTS:

1. Healing without suppuration
2. May check at any stage
3. Perforation may be closed living behind a thin scar
4. Close opening always oozes
5. Tympanosclerosis

COMPLICATIONS OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

Meningeal Complications	Non-meningeal Complications
1. Extra dural abscess	1. Mastoiditis
2. Peri sinus abscess	2. Petrositis
3. Venous sinus thrombosis	3. Facial nerve paralysis
4. Otitic hydrocephalus	4. Brain abscess
5. Meningitis	5. Labrinthitis
6. Subdural abscess	6. Retropharyngeal abscess

TREATMENT (علاج):

1. In initial stage of disease nasal decongestant is very helpful.
2. Antihistaminic
3. Analgesic
4. Antibiotic like penicillin, ampicillin or amoxicillin x 7 days
5. In stage of exudation where the pain is severe and the drum appear bulging, myringotomy is advisable.
6. If infection reaches to stage of coalescence, surgical

evacuation of the pus is needed performing cortical mastoidectomy.

MYRINGOTOMY (DRILL):

Indication:

1. Acute suppurative otitis media.
2. In cases where deafness persist even after apparent control of acute suppurative otitis media.
3. In secretory otitis media.
4. In adhesive otitis media for aeration
5. Aero otitis media
6. In MENIER'S disease

Procedure:

It should performed under the operating microscope under G.A. There are two type of incision.

i. Posterior myringotomy

ii. Anterior myringotomy

Posterior myringotomy:

A J-shaped incision is made postero inferior quaderent of Tympanic membrane. It is less vascular and less chance of damage to the ossicular chain. 3-4mm incision is required.

Anterior myringotomy:

This is done for the insertion of gomets and for facilitating aspiration of serous effusion by providing a second opening in secreting otitis media.

Complications of myringotomy:

1. Stapedial dislocation
2. Injury to the chorda tympani nerve
3. Injury to the jugular bulb

UNANI TREATMENT:

۱۔ ورم حاد کی صورت میں فصد کھولیں۔

۲۔ کان میں شیاف ابیض گھول کر ڈالیں۔

۳۔ سفیدہ کاشغری، نشاستہ، کتیرا تمام دواؤں کو لعاب اسپغول یا پانی میں پیس کر اور گوندھ کر سیاف بنائیں اور استعمال کے مقصد سے اس کو پانی میں گھول کر نیم گرم کان میں ڈالیں۔

۴۔ صندل سفید، صندل سرخ، گل ارمنی، رسوت، سفیدہ کاشغری، کافور تمام دواؤں کو آب کشنیز سبز مروق، آب مکوہ سبز مروق، آب کاسنی سبز مروق میں پیس کر ضماد کریں۔

۵۔ برگ نیم اور شہد سے صفائی کریں۔

۶۔ مصفیات جیسے عشبہ، شاہترہ، سرپھوکہ، منڈی، چرائتہ کا جوشاندہ استعمال کرائیں۔

۷۔ سفوف مصفی خون کا استعمال مفید ہے۔

OTALGIA

(کان کا درد ، وجع الاذن)

DEFINITION (تعریف):

Pain in the ear is known as otalgia may occurs due to lesion in the ear itself or due to conditions in the surrounding area (referred otalgia)

اس مرض میں کان میں معمولی قسم کا یا شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔

CAUSES (اسباب):

A. EXTERNAL EAR CAUSES:

(I) Pinna:

i. Trauma e.g. laceration, abrasion, tear etc.

ii. Haematoma

iii. Perichondritis

iv. Echamatous lesion

v. Sunburn

vi. Frost bite

vii. Malignancy

viii. Erysipelas

(II) MEATUS:

i. Impacted wax

ii. Foreign body

iii. Boils

iv. Otitis externa

v. Dermatitis

vi. Myringitis bullosa (Inflammation of tympanic membrane)

vii. Herpes zoster

viii. Malignancy

ix. Otomycosis

x. Ramsay - Hunt's Syndrome (Loss of test anterior 2/3 of the tongue, facial paralysis, deafness and otalgia)

(III) MIDDLE EAR CAUSES:

i. Acute suppurative otitis media

ii. Traumatic perforation of tympanic membrane

iii. Entering of foreign body through perforation.

iv. Otitis barotrauma

v. Otitis media

vi. Malignancy

vii. Secretory otitis media

(IV) MASTOID CAUSES:

i. Acute mastoiditis

ii. Dissolved abscess

iii. Zygomatic abscess

iv. Torticollis

v. Cholesterol granuloma

(V) INNER EAR CAUSES:

i. Noise irritation

ii. Tinnitus

iii Minear's syndrome (Tinnitus, Deafness, Vertigo)

REFERRED OTALGIA

OR

REFLEX OTALGIA

The ear itself being normal, otalgia may be a symptom of lesions affecting various anatomical sites in the head and neck.

External ear supplied by 5th and 10th cranial nerve. Middle ear by 9th cranial nerve. Cheek, lacrimal glands, mucous membrane of nose, pharynx, nose, meninges, forehead and pinna by 5th cranial nerve. Abdomen to head by 10th cranial nerve and nose, throat and tongue by 9th cranial nerve.

The pain may also referred to ear through C2 and C3 cervical nerve supplying the auricle and skin of the post aural region.

CAUSES (اسباب):

(A) OTALGIA VIA 5TH NERVE: (auriculotemporal nerve = branch of 5th cranial nerve)

1. Dental and Jaw lesions:

i. Dental carries

ii. Palpitis

iii. Apical abscess

iv. Gingivitis

v. Gangrene at the pulp.

2. Pathology in Nasopharynx:

i. Ulcerative or neoplasm of nasopharynx

ii. Acute nasopharyngitis

iii. After adenoidectomy

3. Lesions in nose and paranasal sinus:

i. Sinusitis

ii. Rhino sinusitis

iii. Deviated nasal septum

4. Lesions in the salivary gland and ducts:

i. Acute infections

ii. Salivary calculus

iii. Sphenopalatine neuralgia

5. Temporo mandibular joint lesions:

i. Arthritis

ii. Trauma

iii. Malformation

(B) VIA 9TH AND 10TH CRANIAL NERVE:

1. Pathology in oropharynx:

i. Acute tonsillitis

ii. Peritonsillar abscess

iii. Para pharyngeal abscess

iv. Retropharyngeal abscess

v. After tonsillectomy

vi. Tuberculous ulceration

vii. Neoplasm

2. Lesions in the laryngo pharynx:

i. Ulceration and neoplasm

ii. Lesion in the tongue

iii. Elongated styloid process of temporal bone

(C) VIA 7TH CRANIAL NERVE:

1. Herpes zoster oticus (= Inflammation of facial nerve)
2. Ramsay Hunts Syndrome

(D) VIA 2ND AND 3RD CERVICAL NERVE

1. Lesion in cervical vertebral disc
2. Arthritis of cervical vertebra
3. Fibrocytis of upper part of sternomastoid muscle
4. Herpes lesion

(A) سوء مزاج:

۱۔ سوء مزاج حار ساذج

۲۔ سوء مزاج بارد ساذج

۳۔ سوء مزاج حار مادی

۴۔ سوء مزاج بارد مادی

(B) اخلاط:

۱۔ غلبہ خون

۲۔ غلبہ صفراء

۳۔ غلبہ سودا

۴۔ غلبہ بلغم

(C) امراض اذن:

۱۔ التہاب اذن

۲۔ قروح وبثور اذن

۳۔ دیدان اذن

۴۔ قذی اذن

۵۔ سیلان اذن

۶۔ حکہ اذن

۷۔ وسخ اذن (کان کا میل)

۸۔ درمیانی اذن کا سرطان

(D) امراض راس:

۱۔ نزلہ

۲۔ دماغی ریاح

۳۔ سوءمزاج دماغ

(E) امراض معدہ وامعاء:

۱۔ ریاح معدہ

۲۔ قبض

۳۔ سوءمزاج معدہ

(F) امراض جگر: سوءمزاج جگر

(G) ادویات:

۱۔ ادویات حارہ

۲۔ ادویات باردہ

(H) متفرقات:

۱۔ گرم تدابیر

۲۔ سرد تدابیر

۳۔ وجع المفاصل

۴۔ نقرس

۵۔ کان کے قریبی اعضاء کا التہاب

۶۔ سرخبادہ

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ کان میں ثقل کے ساتھ سرسراہٹ محسوس ہوتی ہے۔

۲۔ ثقل سماعت ہوتی ہے اور سائیں سائیں کی آواز آتی ہے۔

۳۔ سوزش اور چبھن کے ساتھ دور ہوتا ہے۔

۴۔ مقامی طور پر سرخی ہوتی ہے۔

۵۔ آنکھیں سرخ ہوتی ہے۔

۶۔ سر کی طرف سوزش صعود کرتی ہے۔

۷۔ لہات خشک ہوتے ہیں۔

۸۔ پیاس کا غلبہ ہوتا ہے۔

۹۔ کان کے پاس کے اعضاء کے اشتراک کی صورت میں سر کے پچھلے یا درمیانی حصہ میں درد ہوتا ہے۔

۱۰۔ سر کا جھکانا دشوار ہوتا ہے۔

TREATMENT (علاج):

1. According to cause
2. Analgesic
3. Antipyretic
4. Anti-inflammatory
5. Antibiotic

یونانی علاج:

۱۔ تسکین درد کے لئے روغن ترب، روغن بادام تلخ یا روغن بابونہ کے چند قطرے کان میں ٹپکائیں۔

۲۔ عصب سامعہ میں نقص کی صورت میں افیون، روغن گل میں ملا کر کان میں ٹپکائیں۔

۳۔ افیون، جند بیدستر، زعفران، تمام دواؤں کا سفوف کر کے شیر میں حل کر کے ٹپکائیں۔

۴۔ سفوف سمندر جھاگ، سرکہ میں حل کر کے کان میں ٹپکائیں۔

۵۔ گل مدار، گل نیم، روغن کنجد، روغن بابونہ میں ملا کر پکائیں۔ پھر حسب ضرورت نیم گرم کان

میں ٹپکائیں۔

۶۔ درد کی شدت میں: روغن بنفشہ کسی قدر کافور میں حل کر کے کان میں ٹپکائیں۔

۷۔ قرحہ کی صورت میں روغن تلخ اور قند سیاہ کا حلوہ بنا کر ۳۔۲ دن کان میں باندھیں۔

۸۔ برگ نیم کو پانی میں جوش دیکر بھپارہ کریں۔

۹۔ تخم شبت کی دھونی دیں۔

۱۰۔ تخم قرطم، کرفس، بادیان، ہموزن کا جوشاندہ نوش کرائیں۔

FOREIGN BODY IN EAR

(کان میں جسم غریب یا کسی بیرونی اشیاء کا پڑ جانا)

TYPE OF FOREIGN BODY:

i. Animates (جاندار)

ii. Inanimates (غیر جاندار)

Animates: For e.g., Mosquito, flies

Inanimates: For e.g.,

i. Hygroscopic (water absorber) for e.g., grams, bean, pulse.

ii. Non-hygroscopic for e.g., metals, stone.

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Deafness
2. Pain in ear
3. Tinnitus
4. Suppuration may occurs
5. Discharge
6. Vertigo
7. Feeling of foreign body in ear
8. Irritation
9. Intense pain in case of animate because pedicle of

animate penetrate the mucous membrane.

TREATMENT (علاج):

1. Water or mustured oil should be inserted in to the ear
2. Chloroform should be inserted in to the ear in case of mosquito or flies.
3. Water should not be inserted in case of hygroscopic foreign body because the hygroscopic foreign body absorb the water and increased in size and dialate causing severe pain. Only alcohol should be instillated which absorb the moisture causes shrinking of foreign body.
4. In case of non hygroscopic foreign body syringing is advisible. No direct hit to the object by water. The direction of water flow may be above or below.

WAX IN THE EAR

(وسخ الاذن)

- Wax is a mixture of sebaceous gland and ceruminous glands (Big epithelial cell which is found on cartilaginous part). The secretion of sebaceous and ceruminous glands are a natural phenomenon for cleaning of ear.

- When produce in excess and become hard there is formation of wax .

اس مرض میں کان میں زیادہ مقدار میں میل (وسخ) جمع ہو کر خشک اور غلیظ ہو جاتا ہے۔ جس سے کان کا سوراخ بند ہو جاتا ہے۔ اور ثقل سماعت وغیرہ جیسی تکالیف وعوارضات رونما ہو جاتے ہیں۔

CAUSE (اسباب):

۱۔ نزلہ وزکام
۲۔ کان کی صفائی میں بے توجہی
۳۔ ضعف دماغ
۴۔ التہاب دماغ
۵۔ تیز/حار/راکال ادویہ کا قطور
۶۔ کان کھجانے کی عادت
۷۔ گردوغبار کا کان میں پڑنا

CLINICAL FEATURES (علامات):

- Pain

- Irritation
- Tinnitus
- Vertigo

۱۔ کان میں خارش ہوتی ہے۔

۲۔ دردسر ہوتا ہے۔

۳۔ Tympanic membrane میں ورمی کیفیت ہوتی ہے۔

۴۔ ثقل سماعت کی شکایت ہوتی ہے۔

۵۔ اگر وسخ زیادہ مقدار میں ہو تو لقوہ بھی عارض ہو سکتا ہے۔

TREATMENT (علاج):

- Syringing with glycerine and boric acid mixture.
- Simple water syringing

۱۔ کان میں گرم پانی کی بھاپ دیں اور گرم پانی سے پچکاری کریں۔

۲۔ روغن بنفشہ، روغن بادام، روغن بابونہ ہموزن ۳۔۲ قطرہ کان میں ٹپکائیں۔

۳۔ عصارہ سقمونیا، عصارہ پیاز یا عصارہ ترب کان میں ٹپکائیں۔

۴۔ عصارہ برگ پودینہ اور عصارہ برگ آڑو کان میں ٹپکانا فائدہ مند ہے۔

PERFORATION OF TYMPANIC MEMBRANE/EAR HAEMORRHAGE

(انفجار الدم من الاذن)

CAUSE (اسباب):

i. Trauma

ii. Injury

iii. Meningitis bullosa

iv. Otitic external haemorrhagica.

v. Drug toxicity due to congestion of blood vessels

vi. Pit viper bite

vii. Centipede bite

۱۔ دموی امراض میں بحران کے طور پر

۲۔ ضربہ وسقطہ

۳۔ امتلاء،غلبہ خون

۴۔ نزلہ حار

۵۔ کیڑے مکوڑے کا کاٹنا

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ کان سے خون بہنا اس کی خاص علامت ہے۔

۲۔ بحران کی صورت میں غشی یا سقوط قوت وغیرہ جیسی علامات رونما ہو سکتی ہیں۔

۳۔ ضربہ وسقطہ کی صورت میں جریان مہلک ہو سکتا ہے۔

۴۔ بقول جالینوس ضربہ کی وجہ سے عارض ہونے والا انفجار الدم سے اسی دن ہلاکت ہو سکتی ہے۔

TREATMENT (علاج):

۱۔ مازو نیم کوفتہ، سرکہ میں جوش دیکر تھوڑا سا کافور ملا کر کان میں ٹپکائیں۔

۲۔ آب بارتنگ میں اقاقیا حل کر کے کان میں ٹپکائیں۔

۳۔ رسوت، مازو سوختہ، پوست انار ولایتی کاغذ سوختہ، روغن خشخاش ۳ گرام میں حل کر کے ۲ گرام کان میں ٹپکائیں۔

۴۔ صبر زرد، کندر، ہموزن، آب گندنا سبز میں پیس کر رسوت حل کر کے کان میں قطرہ قطرہ ڈالیں۔

NOSE

(انف)

NASAL CAVITY:

The nasal cavity extends from the nostrils (anterior nares) to the choanae (posterior nares) through which it opens into the naso-pharynx. It is divided into two halves by a septum. Each half of the nasal cavity has a roof

· a floor

· a medial wall, and

· a lateral wall.

ROOF

The roof is about 6 cm in length. It is almost linear anteriorly but widens posteriorly to over 1 cm. The anterior third slopes downwards and forwards and is formed by

· the lateral crus of the greater alar cartilage to a small extent.

· The lateral nasal cartilage

· The nasal bone

· The nasal part of the frontal bone.

The middle third is horizontal and is formed by

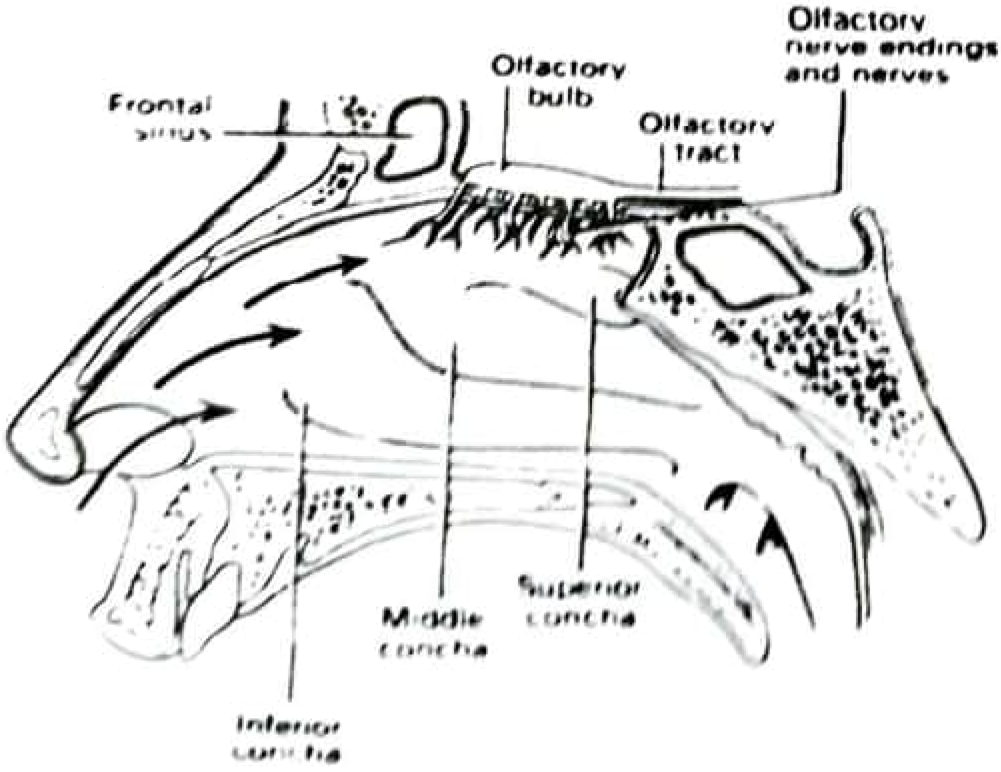
· The cribriform plate of the ethmoid which transmits the olfactory nerve filaments to the anterior cranial fossa.

The posterior third slopes downwards and backwards and is formed by

· The body of the sphenoid mainly

· The ala of the vomer, and

· The vaginal process of the medial pterygoid plate.



The olfactory structures

FLOOR

It is formed by the hard palate.

The palatine processes of maxilla form the anterior two-thirds of hard palate.

The horizontal parts of the palatine form the posterior third of hard palate.

MEDIAL WALL (NASAL SEPTUM)

The nasal septum divides the nasal cavity into right and left halves. Its skeletal framework is partiy bony and partly cartilaginous

Bony part which is posterior is formed by vomer and postero-inferiorly perpendicular plate of ethmoid postero superiorly.

Its lower border fuses with the ridge formed in the midline by nasal crests of the maxillae and palatines.

Cartilaginous part, which is anterior, is formed by septal cartilage which fits into the angle between the vomer and perpendicular plate of ethmoid. It extends forwards to become attached to the external nasal cartilages superiorly and anteriorly.

The vomero-nasal organ is a blind recess extending

backwards along the lower edge of the septal cartilage and has an opening behind the incisive canal. It is the remnant of an organ associated with olfaction in reptiles.

LATERAL WALL OF NOSE

The skeletal framework of the lateral wall of the nasal cavity is formed by the nasal surface of maxilla and a number of bones which articulate with it.

Nasal surface of maxilla forms most of the lateral wall of the nasal cavity

The lateral wall of the nose is divided into three areas

1. The vestibule:

It is the lowest part. It is lined by the skin of the nose. In addition to normal hairs, longer thicker hairs, called vibrissae, are seen in the vestibule. The anterior vibrissae are directed posteriorly and the posterior are directed anteriorly forming a filter for the air entering during inspiration.

2. The atrium of the middle meatus:

It is above and slightly posterior to the vestibule and immediately anterior to the middle meatus. The atrium

is limited above by a mucous ridge, the agger nasi, which slopes downwards and forwards and represents an additional concha which is present in some mammals. The function between the vestibule and the atrium forms a curved muco-cutaneous ridge known as the limen nasi.

3. The region of conchae and meatuses:

It presents three shelf-like projections called the superior, middle and the inferior conchae. Below and lateral to each concha is a space called the meatus. There are three meatuses, superior, middle and the inferior.

The conchae:

Superior concha is shorter and straighter than others and is placed obliquely across the postero-superior corner of the lateral wall. The area above and behind it and in front of the body of sphenoid is known as sphenoethmoidal recess. The area below and in front of the superior concha is the superior meatus. Middle concha is much larger and extends from the atrium to the level of posterior nasal apertures. It is

curved like a shelf, rolled like a scroll, projecting medially and inferiorly and bending sharply upward aneriorly. It overhands the middle meatus. Inferior concha is slightly longer than the superior concha. It is a separate bone while the superior and middle conchae are parts of ethmoid. It overhands the inferior meatus of the nose.

The meatuses:

The meatuses presents various openings of the paranasal air sinuses as developmentally they are diverticula of the mucosa-lined nasal cavity. Only the sphenoidal air sinus does not open into any meatus but opens through the posterior part of the roof into the space known as the spheno-ethmoidal recess. One other opening into the nasal cavity proper is that of the nasolacrimal duct.

When the three conchae are cut to expose the meatuses, the various openings can be noted.

Superior meatus. Opening of the posterior ethmoidal cells into the superior meatus is by one or more orifices.

Middle meatus presents following features and opening.

infundibulum is a funnel shaped opening at the upper and anterior part of the meatus leading into a passage in the ethmoid the frontal and anterior ethmoidal sinuses open into it.

Bulla ethmoidalis is a bulging on the lateral wall of middle meatus. The middle ethmoidal air cells open on its summit or above it.

Hiatus semilunaris is a semicircular slit which leads from the infundibulum and passes below the bulla. On its posterior end is the opening of the maxillary air sinus. The floor of the sinus is very much below the level of its opening so that it cannot drain by gravity when the person is in erect posture.

Inferior meatus is the naso-lacrimal duct which drains the lacrimal sac opens in the anterior part of the inferio r meatus.

PARANASAL AIR SINUSES

The paranasal air sinuses are formed at birth, except the frontal sinuses which start development two or three years after birth.

The sinuses are lined by mucous membrane of ciliated

columnar epithelium which is continuous with that of the nasal cavity. The direction the ciliary beat in the epithelium is towards their openings into the nasal cavity, so that the secretions of the sinuses are drained into the nasal cavities.

FUNCTIONS

1. The sinuses have a rich vascular supply, so the contained air moistens and warms the inspired air.
2. They add resonance to the voice.
3. They make the facial bones lighter.

FRONTAL SINUSES

Situation:

Between the two plates of frontal bone above the nasal cavity on either side of the midline posterior to the superciliary arches.

Size and Shape:

Pyramidal in shape. About 2-3 cm in height, depth and width. The right is frequently larger than the left and is separated from it by a septum. They sometimes extend into the roof of the orbit.

Relations:

They are related infero-laterally to the orbit, inferiorly to nasal cavity and laterally to the meninges and frontal lobe of the brain.

Opening:

Into the infundibulum of the middle meatus in the lateral wall of nose.

SPHENOIDAL SINUSES:

Situation:

They occupy the body of the sphenoid and are separated by a thin septum which is seldom in the midline.

Size and Shape:

About 2 cm in height, width, and depth. Shape is somewhat cuboidal, but usually irregular.

Relations:

Superiorly -hypophysis cerebri and the optic chiasma; Laterally- the cavernous sinus with its contained cranial nerves and internal carotid artery; Anteriorly-the superior part of the nasal cavity, and Inferiorly- the nerve of the pterygoid canal.

Opening:

They opens into the spheno-ethmoidal recess through an opening in the upper part of its thin anterior wall.

ETHMOIDAL SINUSES:

Situation:

They lie in the labyrinth of the ethmoid as thin walled cavities.

Size and Shape:

They are usually between ten to fifteen in number and are divided into anterior, middle and posterior groups.

Relations:

Superiorly, the anterior cranial fossa, medially to the nasal cavity and laterally to the medial wall of the orbit.

Openings:

Anterior sinuses into the anterior part of hiatus semilunaris in the middle meatus. Middle sinus on the surface of bulla ethmoidalis in the middle meatus.

Posterior sinuses open in the superior meatus.

MAXILLARY SINUSES (ANTRUM):

Situation:

They are situated iside the body of the maxilla.

Size and shape:

It is 3 cm in height, 3 cm in length and 2.5 cm in width. It resembles a pyramid with the apex directed laterally and base medially. It has five walls.

Relations:

The anterior wall is formed by the facial surface of the maxilla. In this wall, branches of the anterior and mid superior alveolar nerves run in canals.

The posterior wall is related medially to the pterygo-palatine fossa in which, lie part of the maxillary artery, the pterygo-palatine ganglion and the maxillary nerve. Branches of posterior superior alveolar nerve run in the posterior wall.

The roof is the floor of the orbit. It is tunneled by the infra-orbital nerve and vessels.

The floor is the alveolar process of maxilla bearing the first and second molar teeth and is therefore at the level of hard plate. The roots of the second and first premolars may also project into the floor.

The medial wall forms a large part of the lateral wall of nose. It has a large opening reduced in size by the articulating bones.

Opening:

In the hiatus semilunaris in the middle meatus of the nose near the roof of the sinus.

Development:

It appears at about 4th month of intra-uterine life as an outgrowth of the nasal cavity. Rudimentary at birth, it enlarges by about 6-7 years till puberty and rapidly grows thereafter.

NERVE SUPPLY:

All sinuses are supplied by the Ophthalmic nerve except the maxillary sinus which is supplied by the maxillary nerve.

FUNCTIONS OF NOSE:

1. Olfaction and respiration
2. Warming of inspired air
3. Ventilation
4. Drainage of nasal secretions
5. Reflex as sneezing

COMMON SYMPTOMS OF NASAL DISEASES:

1. Nasal discharge
2. Nasal obstruction

3. Abnormal sense of smell

4. Anosmia (loss of sense of smell)

5. Epistaxis

6. Snoring

7. External deformity

8. Speech defect

9. Facial pain

10. Headache

DISTURBANCE OF OLFACTION:

1. **Anosmia:** It is the loss of sense of smell.

2. **Parosmia:** It is a qualitative change and an unpleasant change in the sense of smell.

3. **Hyposmia:** Diminished sense of smell

Causes:

i. Old age

ii. Hypogonadal women

iii. Menopause

iv. Tobacco smokers

v. Radiation therapy of nose

vi. Surgical removal of mucosa of nose

4. **Hyperosmia:** Exaggeration of the olfactory sensitivity

is termed as hyperosmia.

Causes:

i. Epilepsy

ii. Pregnancy

iii. Hunger

iv. Strychnine poisining

v. General paralysis

vi. Cystic fibroma

ANOSMIA

(بطلان شم ، خشم)

DEFINITION (تعریف):

Anosmia is the loss of sense of smell .

اس مرض میں قوت شامہ ناقص یا زائل ہو جاتی ہے اور مریض خوشبودار اور بدبودار چیزوں کو شامہ کے زریعہ تمیز کرنے سے قاصر رہتا ہے۔

TYPE (اقسام):

- Acquired
- Congenital

CAUSES (اسباب):

A. NASAL OBSTRUCTION:

1. Nasal polyp
2. Deviated nasal septum (DNS)
3. Acute rhinitis
4. Chronic hypertrophic rhinitis
5. Atrophic rhinitis
6. Sinusitis
7. Rhinolith
8. Sphenoido - ethmoidal obstruction
9. Tumours

B. MISCELLANEOUS:

1. Over use of tobacco or any pungent leaf smell.
2. Coryza
3. Influenza
4. Flu
5. Cerebrospinal haemorrhage
6. Epilepsy
7. Hysteria
8. Intra cranial tumour
9. Brain tumour
10. Head injury
11. Fracture of skull

1. Any tumour on temporal bone

۱۔ ناک کا سوراخ کا خلقی طور پر تنگ ہونا
۲۔ دماغ کے بطن مقدم کا سوء مزاج
۳۔ عصب شامہ کا سوء مزاج
۴۔ بواسیر انف
۵۔ سرطان انف
۶۔ مزمن نزلہ وزکام
۷۔ آتشک

CLINICAL FEATURES (علامات):

۱۔ ابتداء میں نزلہ وزکام ہوتا ہے۔

۲۔ سر میں گرانی اور بوجھ ہوتا ہے۔

۳۔ ناک سے غلیظ رطوبت خارج ہوتی ہے۔

۴۔ پپوٹے متورم ہوتے ہیں۔

۵۔ قوت شامہ ناقص یا زائل ہو جاتی ہے جس سے مریض خوشبودار اور بدبودار اشیاء میں تمیز نہیں کرپاتا۔

TREATMENT (علاج):

۱۔ اصل سبب مرض کا ازالہ کریں۔

۲۔ حب ایارج سے تنقیہ کریں

۳۔ تنقیہ کے بعد مرکی، زنگار ہموزن لیکر مرہم بنائیں۔ اور فتیلہ میں لتھیڑ کر ناک میں رکھوائیں۔

۴۔ انجیر کو شہد اور سرکہ (کانجی) کے ساتھ جوش دیکر غرغرہ کریں۔

۵۔ شونیز، تخم حنظل، پودینہ خشک، مرزنجوش، تم کرفس زیرہ سیاہ، مکوء، قرنفل ہر ایک ۳۔۳ گرام کو سرکہ ۱۸ ام ل میں جوش دیکر بھپارہ کریں۔

۶۔ کندش، فلفل سیاہ، شونیز ہموزن باریک پیس کر سعوط کریں۔

۷۔ اگر مرض کا سبب نزلہ مزمن ہو تو گل بنفشہ، تخم خطمی، تخم خبازی، برگ گاؤزباں، عناب، سپستاں ان تمام دواؤں کو رات میں بھگو کر صبح کو مل کر چھان کر خمیرہ بنفشہ ۲۴ گرام کے ہمراہ کھلائیں۔

۸۔ کچلہ کے مرکبات جیسے معجون اذاراتی، حب اذاراتی، معجون لنا کا استعمال کرائیں۔

۹۔ قبض نہ ہونے دیں۔

PAROSMIA

(فسادشم یا قوت شامہ کا بگڑ جانا)

DEFINITION (تعریف):

Parosmia is a qualitative change. There occurs an unpleasant change in sense of smell.

اس مرض میں بدلی ہوئی شکل میں بو کا احساس ہوتا ہے۔

TYPE (اقسام):

۱۔ قسم اول (سب کو ایک بو پانا): کبھی قوت شامہ میں ایسی خرابی آجاتی ہے۔ کہ ہر قسم کی بو ایک ہی معلوم ہوتی ہے۔

اسباب:

۱۔ سوءمزاج دماغ

۲۔ خلط ردی کا جمع ہونا

۲۔ قسم دوم (ایک چیز میں مختلف بوؤں کا احساس ہونا):

اسباب: مقدم دماغ کے مزاج میں مختلف کیفیت مواد کا جمع ہونا

۳۔ قسم سوم (بعض بوئیں محسوس ہوا اور بعض نہ ہو):

اسباب:

۱۔ کوئی گندہ مادہ دماغ کے اگلے حصہ میں جمع ہو جائے۔

۲۔ قرحہ متعفنہ

CAUSES (اسباب):

1. Fracture of skull

2. Injury to nucus of the temporal lobe

3. May follow administration of streptomycin or tyrothricin

TREATMENT (علاج):

۱۔ اصل سبب مرض کا ازالہ کریں۔

۲۔ مختلف کیفیت اور گندے مواد سے دماغ کو پاک کریں۔

۳۔ مشک، جیسی تیز خوشبودار چیزیں سونگھائیں۔

۴۔ جند بیدستر، سکبینج، مرمکی، جاؤشیر، نکچھکنی، تیز بودار چیزیں سونگھائیں۔

۵۔ علاج بالضد کریں یعنی جس کو خوشبوں کا احساس نہ ہو اس کو بدبو سونگھائیں۔

EPISTAXIS

(رعاف ، نکسیر)

DEFINITION (تعریف):

Epistaxis or nose bleeding is very common condition. The bleeding can be unilateral or bilateral.

اس مرض میں ناک کی عروق شعریہ (Blood capillaries) خون سے پر ہو کر پھٹ جاتی ہیں جس کے نتیجہ میں ناک سے خون بہنے لگتا ہے۔ دموی مزاج اشخاص میں موسم گرما یا موسم بہار میں اس کی شکایت عام طور سے ہوتی ہے۔

LITTLE'S AREA: The anteroinferior part of septum is the commonest site of bleeding in majority of cases. This is highly vascular area making the anastomosis between the branches of various blood vessels supplying the nose.

Branches from the Anterior ethmoid, Spheno palatine, Greater palatine and Superior labial arteries take part in this anastomosis **"Klesselbach's plexus"**.

WOODRUFF'S AREA: There is venous plexus near the posterior end of the inferior turbinate called woodruff's area".

AETIOLOGY (اسباب):

1. Local
2. Systemic
3. Hormonal
4. Idiopathic
5. Environmental factors
6. Drugs

A. LOCAL CAUSES:

(a) Trauma:

1. External accidental trauma to the nose
2. Repeated nose picking
3. Surgical trauma (Iatrogenic)
4. Foreign body in nose either animate or inanimate

(b) (i) Infections:

1. Vestibulitis
2. Acute rhinitis
3. Adenoiditis
4. Diphtheritic rhinitis
5. Atrophic rhinitis
6. Rhinitis caseosa

(ii) Granulomatous diseases:

i. Lupus erythmatosus

ii. Syphilis

iii. **Leprosy**

iv. **Tuberculosis**

v. **Stewart's and Wegener's granuloma**

(iii) Fungal Infections:

i. Rhinosporidiosis

ii. Blastomycosis

iii. **Coccidiomycosis**

(c) Physiological epistaxis:

i. **excitement**

ii. **extremes of heat and cold**

B-SYSTEMIC:- i.Hypertension

ii. Bleeding diathesis

iii. Leukemia

iv. Anaemia

v. Uraemia

vi. Purpura

vii. Haemophilia

viii. Exanthematous fever like measles, mumps, typhoid, scarlet fever and small pox.

ix. Hodgkin's disease

x. Cirrhosis of liver

xi. Acute nephritis

xii. Vit K defficiency

xiii. Mitral Stenosis

C. HORMONAL FACTORS:

i. Puberty

ii. Pregnancy

iii. Granuloma gravidarum

iv. Vicarious menstruation

D. IDIOPATHIC

E. ENVIRONMENTAL FACTORS:

i. High altitude

ii. Extreme of temperature

F. DRUGS:

i. Salicylic acid

ii. Anticoagulants

CLINICAL FEATURES (علامات):

A۔ عمومی:

۱۔ نتھنوں میں سوزش اور خارش محسوس ہوتی ہے۔

۲۔ پیاس کا غلبہ ہوتا ہے۔

۳۔ کرب واضطراب ہوتا ہے اس کے بعد ناک سے خون جاری ہو جاتا ہے۔

B۔ خصوصی:

۱۔ عام طور سے اسباب کے اعتبار سے رعاف کی بعض مخصوص علامات رونما ہوتی ہے۔

۲۔ سر میں چوٹ لگنے کی وجہ سے زیادہ مقدار میں خون آتا ہے۔

۳۔ امراض کبد میں دائیں نتھنے سے خون آتا ہے۔

۴۔ امراض طحال میں بائیں نتھنے سے خون خارج ہوتا ہے۔

۵۔ شریانی خون صاف، سرخ، اور رقیق ہوتا ہے۔

۶۔ وریدی خون کسی قدر غلیظ اور سیاہی مائل ہوتا ہے۔

TREATMENT (MODERN):

GENERAL MANAGEMENT:

A. First Aid:

i. Raised the chin

ii. Application of ice

iii. Pressure on nose about 10 min.

B. In hospital emergency:

i. General assessment of the patient's condition is essential.

ii. Pulse and B.P. should be monitored.

iii. Blood transfusion started if necessary

iv. Local application cocaine less than 2 ml before cautrization.

C. Cautrization:

If bleeding not control then cautrization done.

- Bleeding point can be cautrized by electric or chemical or thermal cautry.

- The area should be anaesthetised by local xylocain pack and cautrized.

Common chemical used in chemical cautrization are AgNO3 (Silver Nitrate), Dilute solution of carbolic acid and Trichloroacetic acid. Lubricating ointment and liquid paraffin (BIPP) Bosnal iodine paraffin paste help to prevent crusting.

D. Nasal Packing:

1) **Anterior nasal packing:** Anterior nasal packing is

needed when bleeding is profuse and does not stop on pinching the nose.

- A lubricated or medicated gauze is used for this purpose. Lubricating ointment and liquid paraffin (BIPP = Bosmal Iodine Paraffin Paste).

- Nasal packing should be tight, starting from the floor upwards.

- Pack removed after 24-48 hour and after that the nose should be examined and cautrized.

2) **Posterior nasal packing:** If bleeding is continuous inspite of proper anterior nasal packing the posterior nasal packing may be necessary.

- These can be done under G.A. or L.A. with sedation.

- Rubber catheter is passed from nose to oropharynx. The thread of pack are attached to end of catheter pulling gauze pack along with it. The pack is guided by finger. Behind the soft palate.

E. Adjuvant therapy:

i. Bed rest

ii. Sedation

iii. Antibiotics

iv. Various haemostatic preparations like adenochrome, vit C, vit K and calcium preparations play only an adjuvant role in stopping the bleeding.

Brighton Balloon:

Alternatively, nasal packing may be replaced by specially devised (Brighton) Balloon which has fixed nasopharyngeal and sliding anterior nasal balloon. Pressure on the bleeding vessels is exerted by inflating the balloon.

F. Ligation of blood vessels:

Rarely a situation may arise when bleeding does not stop even after an efficient nasal packing. Thus ligation of external carotid artery arrest bleeding.

. (Splenopalatine branch).

- Ligation of ethmoid vessels may be done.

UNANI TREATMENT:

اصول علاج:

۱۔ سب سے پہلے جریان خون کو بند کرنے کی کوشش کی جائے اس کے بعد بغور معائنہ کیا جائے۔

۲۔ اصل سبب کا تدارک کیا جائے۔

۳۔ خون کو بند کرنے کے لئے مریض کو چت لٹا کر اس کے دونوں ہاتھوں کو سیدھا اٹھا دیں۔

۴۔ نتھنے کے اندر روئی وغیرہ ٹھونس دیں۔

۵۔ سر پر ٹھنڈے پانی کو دیر تک دھاریں۔ پیشانی پر برف باندھیں۔

علاج:

نسخہ ضماد: گل ارمنی، سرکہ میں پیس کر پیشانی اور سر پر لگائیں۔

نسخہ قطور: پھٹکری، آب سرد میں ملا کر ناک میں ٹپکائیں۔

نسخہ جوشاندہ:

ا۔ آب زلال گل ملتانی، شربت نیلوفر میں ملا کر دونوں وقت پلائیں۔

۲۔ لعاب بہدانہ (۳ ماشہ)، شیرہ عناب (۵ دانہ)، شیرہ مغز تخم کدو شیریں (۳ گرام)، شیرہ تخم کاہو (۳ گرام) کو عرق گاؤزباں (۵۰ م ل) میں نکال کر اور شربت نیلوفر (۵۰ م ل) ملا کر دونوں وقت پلائیں۔

۳۔ گیرو، سنگجراحت، دم الاخوین، کہربائے شمعئ باریک پیس کر مربی آملہ میں ملا کر اور ایک چاندی کا ورق لپیٹ کر کھلائیں۔

۴۔ حدت خون کی صورت میں: کشتہ فولاد (۲۵ م ل) کو جوارش انارین (۷ گرام) یا جوارش مصطگی (۷ گرام) میں ملا کر کھلائیں۔

غذا:

ا۔ ٹھنڈی ترکاریاں زیادہ فائدہ مند ہوتی ہیں مثلاً پالک، ٹنڈا، توری، لال ساگ، خرفہ، کدو، گاجر، شلجم وغیرہ۔

۲۔ پھلوں میں سیب، انار، ناشپاتی، خربزہ، تربوز وغیرہ کا کھلانا مفید ہے۔

۳۔ زود ہضم، لطیف، اور مولد خون اغذیہ کھلائیں۔ مثلاً پھلوں کا عرق آش جو اور دودھ وغیرہ۔

پرہیز:

ا۔ مریض کو دھوپ اور آگ سے بچائیں۔ ۲۔ دماغی محنت سے بچائیں۔

۳۔ تیل، گڑ، ترش اور تیز مصالحہ دار غذا سے پرہیز کرائیں۔

DEVIATED NASAL SEPTUM

(فاصل انف کی کجی ، انحراف المنخرین ، ناک کی ہڈی کا ٹیڑھا ہونا)

DEFINITION (تعریف):

Deviation of the nasal septum are commonly found and is responsible for various anatomical, physiological and pathological changes in the nose.

اس مرض میں نتھنوں کو تقسیم کرنے والی غضروف رعظمی غضروف میں کجی (ٹیڑھا پن) پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ کجی ایک طرف یا لہر کی صورت میں دونوں طرف ہوتی ہے۔

TYPES (اقسام):

1. C-shaped
2. S-shaped
3. Angular
4. Irregular or Diffuse

CAUSES (اسباب):

1. **Racial:** D.N.S. more common in Europeans than in Asian or African races.
2. **Age:** Uncommon in children.
3. **Sex:** More in female
4. **Hereditary:** Hereditary may be a factor.

5. High arched palate

6. Trauma: Injury ruptures the chondro-osseous joint capsule of the septum and causes dislocation and fracture of the premaxillary wings.

7. Birth moulding theory: Prolonged and forceful stress during the birth process affects the nose and causes dislocations and deformities.

8. Miscellaneous: Nose picking etc.

CLINICAL FEATURES (علامات):

i. Nasal obstruction which may be unilateral or bilateral and can be continuous or intermittent.

ii. Dryness of the mouth and pharynx.

iii. Recurrent attack of cold and coryza.

iv. Headache v. Facial pain

vi. Epistaxis

vii. Cosmatic deformity. The dislocated anterior end may project out into the nasal vestibulae cause deformity of the tip.

viii. Anosmia

ix. Pain due to pressure on the anterior ethmoidal nerve.

x. A bony projection may protrude from the septum

xi. Hypertrophy of the turbinates may be present

COMPLICATIONS:

- Tonsillitis
- Bronchitis
- Repeated attack of cold and cough
- Repeated nasal bleeding

TREATMENT:

Surgical treatment is called submucous resection (SMR) of the septum.

SUBMUCOUS RESECTION (SMR):

Indications of SMR Operation:

Performed under G.A. or L.A.

1. Deviated nasal septum producing symptoms like nasal obstruction.
2. Repeated sinusitis
3. Recurrent cold
4. Deviated septum causing epistaxis
5. For taking septal cartilage for graft purpose.
6. Unilateral atrophic rhinitis.

Complications of SMR Operation:

i. Haemorrhage: may be primary, reactionary and secondary haemorrhage may occur due to infection.

ii. Septal haematoma

iii. Septal abscess

iv. Septal perforation

v. Flapping septum: Excessive removal of the septal structure result in a weak septum which yields to inspiratory negative pressure in nose. This causes flapping of the septum and may lead to nasal obstruction.

vi. Depression of cartilaginous dorsum.

vii. Drooping of the tip.

viii. Adhesion may develop between the septum and turbinates because of the trauma at the time of surgery.

NASAL POLYP

(بواسیر الانف)

DEFINITION (تعریف):

It is a rounded, smooth, soft, translucent yellow or pale whitish mass of the pedunculated tissue attached to the nasal mucosa.

Polyp commonly arises from the ethmoid labyrinth and sometimes may arise from the antrum.

TYPES (اقسام):

1. **Antrochoanal polyp:** When the polyp projected posteriorly in the nasopharynx it is called an antrochoanal polyp. It is arises from maxillary sinus
2. **Ethmoidal polyp:** Arises from ethmoid sinus and projected forwardly towards anterior side.

It is a rounded, smooth, soft, translucent yellow or pale, whitish mass of the pedunculated tissue attached to the nasal mucosa.

Polyp commonly arises from the ethmoid labyrinth and sometimes may arise from the antrum.

باعتبار طب یونانی:

بواسیرالانف:

۱۔ زائدہ ابیض

۲۔ زائدہ احمر

۳۔ زائدہ اسود

	Antrochoanal polyp	Ethomoidal polyp
Origin	Maxillary antrum	Ethmoidal sinus
Number	Single	Multiple
Age	Children, young adult	Any age
Cause	Generally infection	Infection+Allergy
Shape	Dumb bell shaped	Bunches of grapes
Projection or Extension	Backword or posteriorly to nasal pharynx	Anterior or foward
Recurrence	After complete removal uncommon	Common

CAUSES(اسباب)

Aetiology of polyposis is uncertain, various view has been put forward to explain the causation;-

1. Role of allergy: Allergic reaction of nasal mucosa produce vasodilatation and increases the permeability

of the vessels as a result of which fluid moves out of the intravascular compartment and causes water lodging of the tissue. This oedomatous mucosa subsequently presents as a polypoidal mass.

2. **Infections:** Long standing infections may cause result perilymphangitis and periphlebitis resulting in poor absorption of tissue fluid in the mucosa this water lodged mucosa lead to polyp formation.

3. **Mixed aetiology:** Both allergy and infection

4. **Vasomotor imbalance:** Sympathetic and parasympathetic disturbance in nasal cavity may also causes polyp formation.

5. During respiration nasal cavity pressure decreased then nasal mucosa constrict ultimately may cause polyp formation.

6. **Predisposing factors:**

i. **Age:** Antrochoanal polyp in children and older Ethmoidal polyp in any age.

ii. **Sex:** Males are more prone than female.

iii. **Race:** No race is immune.

یونانی اسباب

۱۔ غلبہ اخلاط اربعہ

۲۔ قذی انف

۳۔ دائمی نزلہ و زکام

۴۔ تعدیہ

۵۔ بخر انف

۶۔ ناک کی غشاء مخاطی کی خراش

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Nasal obstruction is the main symptom.
2. Nasal discharge.
3. Hyposmia
4. Postnasal drip.
5. Persistent cold
6. Sneezing
7. Some time headache
8. Epiphora

۱۔ نتھنوں میں سفید، سرخ یا سیاہ زائدہ ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے تنفس میں دشواری ہوتی ہے۔

۲۔ ناک سے عام طور سے پر پانی، خون یا کوئی اور رطوبت تراوش پاتی رہتی ہے۔

۳۔ مریض گنگنا کر بولتا ہے۔

۴۔ زائدہ احمر اور زائدہ اسود میں شدید درد ہوتا ہے۔

SIGNS:

Ethmoidal Polyp: seen on anterior rhinoscopy as pale, smooth, soft masses. This are bilateral and multiple and are seen in all ages but more commonly in adult. The shape of ethmoidal polyp is like Bunches of grapes.

- In children they are invariably associated with cystic fibrosis.

Antrochoanal polyp: seen on posterior rhinoscopy as a pale, polypoidal mass in the naso pharynx.

- This condition is mostly unilateral and polyp is usually single. Antrochoanal polyp occurs in the youngs and is dumb bell shape.

DIAGNOSIS (تشخیص):

1. Probe test: Polyp are movable and sensitive to touch.
2. Feel smooth and movable.
3. After inserting decongested the polyp became shrink.
4. X-ray for conformation paranasal sinus help in diagnosis.
5. Mast cells reducd in histology and IgE are seen.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NASAL POLYP:

A. Conditions in nasal cavity

B. Conditions in nasopharynx

A. CONDITIONS IN NASAL CAVITY:

1. Hypertrophied turbinates:

i. Turbinates are pink in colour, sensitive to touch as compared to an ethmoidal polyp.

ii. Firm to feel unlike the softness of a simple polyp.

iii. Probe cannot be passed around the turbinates as it is attached laterally and has no pedicle like an ethmoidal polyp.

iv. After inserting the recongested drop hypertrophied turbinate not shrink.

2. Rhinosporiodiosis (Fungal infection):

i. fungal infection of the nose results in bleeding.

ii. Polypoidal mass in the nose usually arises from the septum and is strawberry like in appearance.

iii. It is common in people living coastal area of India.

iv. Histology is confirmatory.

3. Angio fibroma of septum:

i. Single

ii. Smooth

iii. Bleedes early

iv. A careful examination reveals its site of origin.

4. Transitional cells or squamous papilloma:

i. Papilloma arising from the lateral wall in the region of middle meatus

ii. Usually single

iii. Has an opaque and fleshy look.

5. Meningocele: A protrusion of meninges may occurs in the nasal cavity and appear as soft, cystic polyp like swelling particularly in young children.

6. Malignancy of nose: A malignant lesion in the nose (carcinomatous, sarcomatous or melanotic) may present as a polypoidal mass.

i. Usually friable

ii. Bleedes easily on touch

7. DNS: Present in cartilagenous part.

B. CONDITIONS IN NASOPHARYNX:

1. Adenoids: In children generally history of night wetting

- Idiotic look patient
- Continuous cold and rhinorrhoea

2. Nasopharyngeal angio fibroma:

- Common in young adult
- Epistaxis
- Bleeding
- Some time prominent vessels are visible on the tumour surface.

3. Nasopharyngeal malignancy:

- Ulceration and granulated growth
- Common in elderly patient
- Bleeding

4. Haemartoma: It is a developmental malformation consisting of a tumour like growth of tissue.

- benign lesion but large
- rarely become malignant

TREATMENT (علاج):

Polypectomy is the treatment of choice.

1. Polypectomy: Ethmoidal polypi are removed under G.A. or L.A. with the help of a nasal snare or a LUC's forceps.

- More than one sitting may be necessary for complete removal of polyp.

- Post operatively, antihistaminics are given for prolong period.
- Leavage of the antrum.

2. **Ethmoidectomy:** Can be done either by the intra nasal route, external approach or through the transantral approach.

- Ethmoidectomy should be done carefully to avoid damage to the orbital contents.

UNANI TREATMENT:

۱۔ اکال دواؤں کا استعمال کریں۔زنگار، مرکی، نوشادر، شورہ قلمی، نمک اور برگ نیم کا سفوف بنا کر کسی ربط کے زریعہ Cotton کی بتی بنا کر شہد چھڑک کر اس پر یہ سفوف ڈال کر ناک میں رکھتے ہیں۔

۲۔ برگ نیم اور کھانے کا سوڈا ڈال کر Nasal douching کرتے ہیں۔

۳۔ روغن بادام، روغن زیتون ناک میں ڈالیں۔

۴۔ زنگار، شہد میں ملا کر صاف کپڑے کی بتی میں آلودہ کر کے ناک میں رکھیں۔

۵۔ اکال مرہم لگائیں جیسے مرہم اخضر مرہم سفید لگائیں۔

COMPLICATIONS OF POLYP:

1. Recurrence is common in antrochoaonal polyp
2. Adhesion
3. Anosmia
4. Asthma

COLD AND COUGH OR CORYZA OR NASAL CATARRH

(نزلہ وزکام)

DEFINITION(تعریف):

Catarrh is a stage of irritation of the mucous membrane especially those mucous membrane which cover the air passage and it is associated with copious discharge of the mucosa.

نزلہ یا زکام غشاء مخاطی کا ایسا التہاب ہے جس کے ساتھ ساتھ رطوبت کا اخراج بھی بکثرت ہوتا ہے۔ خاص طور پر ان غشاء مخاطی کا التہاب جو سر اور حلق کے راستوں میں استر کرتی ہیں۔ (بقراط)

TYPES (اقسام):

:(Coryza) زکام

:(Acute)حاد/حار

۱۔ دموی

۲۔ صفراوی

:(Chronic)بارد/مزمن

۳۔ بلغمی

۴۔ سوداوی

CAUSES (اسباب):

A. PREDISPOSING FACTORS:

1. Incidence:

- more common in people having low immunity.
- more common in children and females.

2. Climate variation: due to change of weather and more common in winter and humidity with chills.

3. Nutritional defficiency: due to malnutrition and vit. A, C, D defficiency.

4. Lack of immunity: IgG, IgA protein ratio disturbance in nasal mucosa.

5. Nasal obstruction: DNS, or polyp causes obstruction to the nose so the air can not passes and dischargenot comes out properly.

6. Septic foci: If tonsillitis, sinusitis, adenoids present in throat or nasal cavity, they increases the cold and coryza.

7. Occupation: workers at dusty atmosphere

8. pH of nasal cavity: If the pH of nasal cavity changes into neutral to alkaline. It increases bacterial growth causing cold and coryza.

B. CAUSATIVE AGENTS:

1. Viruses:

i. Rhinovirus = 50%, more attack in spring and autumn season.

ii. Corona virus = 15-20%, more attack from December to March.

iii. Mixed condition (15%)

- Influenza virus
- Para influenza virus
- Adenovirus

iv. Others = 16-20%

2. Bacteria (57%):

i. Microcatarrhalis

ii. Pneumococcus

iii. Beta haemolytic streptococci

Haemophilus influenza Staphylococci (43%)

3. Mode of spread:

1. Droplet infection
2. Through contact

۱۔ اخلاط اربعہ میں سے کسی ایک کا غیر طبعی غلبہ

۲۔ غلیظ، خلطی بخارات کا دماغ میں بند ہونا

۳۔ ناک کی غشاء مخاطی کا ورم

۴۔ ہوائی نالیوں کی خراش

۵۔ دماغ کا سوءمزاج حار/ بارد/ ساذج/ مادی

۶۔ ضعف اعصاب

۷۔ ضعف دماغ

۸۔ التہاب لوزتین

۹۔ موسمی تغیرات/ زیادہ سردی یا گرمی کا ہونا

۱۰۔ جسم میں قوت مدافعت کی کمی

۱۱۔ نقص تغذیہ

۱۲۔ جراثیمی تعدیہ

CLINICAL FEATURES (علامات): 4 stages

I. Stage of Ischemia:

1. Burning sensation in nose and nasopharynx
2. Sneezing
3. Difficulty in breathing
4. Copious discharge
5. Mild fever
6. Mucosa will be oedematous

ii. Stage of hyperaemia:

1. Begins after 4-6 hour of 1st stage
2. Profuse watery discharge

3. Nasal obstruction
4. Sore throat or dry throat
5. Malaise
6. Bodyache
7. Fever
8. Lethargy
9. Blue or congested red colour or oedematous mucosa

iii. III stage:

After 2 days started

1. Secondary infection
2. Venous stasis
3. Mucosa becomes dusty in colour with blue appearance
4. Discharge become thick and scanty and mucopurulent
5. The colour of discharge becomes yellow.
6. Nasal obstruction and signs of toxaemia will be present.

iv. Stage of resolution or recovery:

- Start after 5-10 days
- all symptoms are diminished.

۱۔ ابتداء میں سستی اور کسل ماندگی ہوتی ہے۔

۲۔ جسم میں درد اور اعضاء شکنی کی شکایت ہوتی ہے۔

۳۔ آنکھوں میں بھاری پن، درد اور چبک محسوس ہوتی ہے۔

۴۔ چھینک کی شکایت ہوتی ہے۔

۵۔ بعض اوقات حلق اور سر میں درد ہوتا ہے۔

۶۔ تھوڑے عرصہ بعد آنکھیں سرخ ہوتی ہیں پھر ناک سے پانی کی طرح رقیق رطوبت بہنے لگتی ہے۔

۷۔ بعض اوقات حلق اور حنجرہ بھی ملتہب اور دردناک ہو جاتے ہیں۔ جس کے سبب نگلنے اور گفتگو کرنے میں تکلیف ہوتی ہے۔

۸۔ عام طور سے تین سے ۵ دن میں عوارض میں تخفیف ہونے لگتی ہے اور مریض صحت یاب ہو جاتا ہے۔

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS (تشخیص فارقہ):

i. Allergic rhinitis: no fever

ii. Infleunzal rhinitis: very severe constitutional symptoms.

iii. Diphtheritic rhinitis:

1. Crust present in nasal cavity
2. More severe constitutional symptoms
3. Bleeding occurs after removing the membrane

COMPLICATIONS (عوارضات):

1. Common:

i. Pharyngitis

ii. Nasopharyngitis

iii. Sinusitis

iv. Tonsillitis

v. Otitis media

2. Late: Gastro enteritis

3. Rare: Nephritis myocarditis

TREATMENT (علاج):

1. Anti histaminic drugs
2. Symptomatic treatment
3. Nasal decongestent drop
4. Inhalation of menthol vapour

UNANI TREATMENT:

اصول علاج:

۱۔ لعابی اور مسکن ادویہ

۲۔ معرقات

۳۔ مدرات

نسخہ:

۱۔ بہدانہ، ریشہ خطمی، خبازی، سپستاں ان سب کو جوش دیکر شربت بنفشہ ملا کر دیں۔

۲۔ خاکسی، گلو، نیم جیسی معرق ادویہ دیں۔

۳۔ مویز منقی اور آلو بخارا کا مسہل دیں۔

۴۔ نسخہ نزلہ حار: بہدانہ، کافور، اور شکر سرخ انکا پاوڈر بنا کر ا۔ا گرام استعمال کریں۔

۵۔ نسخہ نزلہ بارد: دارچینی، لونگ اور ادرک کی چائے پلائے۔

۶۔ فلفل سیاہ وسفید، اجوائن خراسانی، عاقرقرحا، زنجبیل، برگ بنفشہ کا جوشاندہ استعمال کریں۔یا
پاوڈر استعمال کریں۔

۷۔ خمیرہ نزلی (۱۰ گرام) کا استعمال کرائیں

۸۔ شربت بنفشہ ۲۰ م ل استعمال کریں۔

۹۔ حب نزلی ۲۔۲ عدد صبح شام دیں۔

۱۰۔ شربت اعجاز ۲۰ م ل کا استعمال کریں۔

۱۱۔ شربت فریادرس ۲۰ م ل کا استعمال کریں۔

OZAENA OR ATROPHIC RHINITIS

(بخر الانف یاناک کی گندگی)

CLASSIFICATION OF RHINITIS:

RHINITIS: may be divided as:

A. Acute

B. Chronic

B. Chronic:

a. Non Specific

b. Specific

a. Non Specific:

i. Chronic hypertrophic rhinitis

ii. Atrophic rhinitis (Ozaena)

iii. Rhinitis caseosa (Nasal cholesteatoma)

iv. Rhinitis sicca

v. Allergic rhinitis

vi. Vasomotor rhinitis

vii. Midline granuloma

b. Specific:

i. Lupus vulgaris of nose

ii. Tuberculosis of nose

iii. Syphilitic rhinitis

iv. Leprosy of nose

v. Rhinosporidiosis

vi. Rhinosclerosis

ATROPHIC RHINITIS OR OZAENA

DEFINITION (تعریف):

It is a chronic inflammation of nasal mucosa characterised by atrophic changes of mucosa and turbinates with the presence of viscid and thick secretion.

The secretion rapidly dry and forms a crust. The crust emites a characteristic odour which is known as ozaena.

اس مرض میں ناک سے بدبو آتی ہے اور مریض کے پاس بیٹھنا دشوار ہو جاتا ہے مگر مریض کو بدبو کا احساس نہیں ہوتا۔

TYPES (اقسام):

1. Primary atrophic rhinitis
2. Secondary atrophic rhinitis

A. PRIMARY ATROPHIC RHINITIS:

The condition is common in young adolescent females of poor socio-economic status.

CAUSES (اسباب):

i. **Infective theory:** organisms like Coccobacillus

foetidus ozaena, Klebsiella Ozaena, Diphtheroids and Bacillus mucosus have been isolated from the nose of such patient.

ii. Endocrine theory:

- Common in females particularly at puberty. After given oestrogen therapy incidence in female improved.

iii. Deficient diet theory:

Deficiency of iron and fat soluble vitamins specially A and D results in atrophic changes.

iv. Developmental theory:

Factors like wide nasal cavities and small antra have been blamed for the atrophic changes that result in the nose.

B. SECONDARY ATROPHIC RHINITIS:

Causes:

i. Chronic sinusitis

ii. Lupus vulgaris of nose

iii. Tuberculosis of nose

iv. Syphilis of nose

v. Leprosy

vi. As a result of extensive tissue destruction from

surgery or accidents.

CLINICAL FEATURES (علامات):

i. Nasal obstruction due to crust formation

ii. Dryness of nose and mouth

iii. Headache

iv. Sometimes epistaxis

v. Hoarseness of voice

ON EXAMINATION (معائنہ کرنے پر):

i. Nasal cavity is widened

ii. Broadened nose and widened nostril.

iii. The nasal cavities are filled up with crusts.

iv. The mucosa look congested and atrophic

v. Trubinates look atrophic and shrivelled up

vi. Sometimes even the nasopharynx may be visible on anterior rhinoscopy

INVESTIGATIONS (تفتیش):

Radiological, haematological and serological test: To rule out diseases like tuberculosis, syphilis, lupus and leprosy.

COMPLICATIONS OF ATROPHIC RHINITIS (عوارضات):

i. Septal perforation due to atrophic changes.

ii. Deformity of the nose occurs.

iii. Due to unhyginic condition in the nose maggot formation might occurs causing extensive destruction of tissue.

iv. Fibrosis of nose.

v. Saddle nose, Hutchison's teeth in case of syphilis.

TREATMENT:

i. Conservative treatment

ii. Surgical methods

A. Conservative Treatment:

i. Nasal hygiene is improved by alkaline douching of the nose

ii. Sodium bicarbonate, sodium triborate, NaCl douching for the stagnant discharge and crusts.

iii. Gauze packs soacked in liquid paraffin may be kept in the nasal cavities to lubricate the nose and loosen crust.

iv. A solution of 25% anhydrous glucose in glycerine use locally in the nose prevent the growth of saprophytic proteolytic organisms and help to retain moisture in the mucosa.

v. Local application of oestrogen to the nasal mucosa.

vi. Weekly injection of placental extract (Placentrax) in the turbinates helps in regeneration of the epithelium and glandular tissues.

Vii. Iron and vitamins are also useful.

SURGICAL TREATMENT:

Aim: Narrow the internal dimension of the nose. This has been achieved by-

- Submucosal implantation in the floor of septal and lateral wall of the nose.
- Autogenous bone graft pieces.
- Cartilage pieces
- Dermofat graft
- Silicon
- Paraffin paste
- Teflon in glycerine paste

A. Young's operation:

Partial or complete closure of the nostril for a period of six month to few year has been performed with better result. The closer is done by raising the skin flap from inside of the nasal vestibules and stitching them

together. This closer give rest to the nose and thus sets up conditions for epithelial regeneration.

B. Transplantation of the stenson's duct into maxillary sinus to moist thessss nasal mucosa

C. Stellate ganglion block: to relieve autonomic dysfunction stellate ganglion block may be done.

D. Nasal submucosal implantation may be done.

UNANI TREATMENT:

۱۔ اصل سبب مرض کا تدارک کیا جائے۔

۲۔ اگر نزلہ، زکام کے خراب ہونے کی وجہ سے یہ مرض لاحق ہوا ہو تو مندرجہ ذیل نسخہ دونوں وقت پلائیں۔

نسخہ: گل بنفشہ (۷ ماشہ)، عناب (۵ دانہ)، سپستاں، (۹ دانہ)، تخم خطمی (۷ ماشہ)، تخم خبازی (۷ ماشہ)، گاؤزباں (۷ ماشہ)، اصل السوس مقشر (۵ ماشہ)، اسطوخودوس (۵ ماشہ)، بادرنجبویہ (۷ ماشہ)، یہ رات کو گرم پانی میں بھگو کر صبح کو مل کر چھان کر خمیرہ بنفشہ (۷ گرام)، یا شربت بنفشہ (۲۵ م ل) ملا کر پلائیں۔

۳۔ رات کے وقت اطریفل اسطوخودوس (۷ گرام) یا اطریفل زمانی (۷ گرام) پانی کے ساتھ کھلائیں۔

۴۔ برگ نیم پانی میں جوش دیکر چھان کر ناک میں پچکاری کریں۔

۵۔ روغن گل ناک میں ٹپکائیں۔

۶۔ نسخہ سعوط: بالچھڑ، مرکی، انار شیریں مع پوست تینوں کو تانبے کی بغیر قلعی والی دیگچی میں خوب پکائیں اس کے بعد نچوڑ کر صاف کریں اور روغن نرگس ملا کر ناک میں ٹپکائیں۔

۷۔ سہاگہ، پھٹکری، نوشادر سے Douching کریں۔

۸۔ بدبو کو کم کرنے کے لئے سعد کوفی، سنبل الطیب، صبر زرد، گل سرخ، قرنفل ان سب کو آب پودینہ میں پیس کر Paste بنا کر اسکی Packing کریں۔

۹۔ ناک صاف ہونے کے بعد، آب مرکی یا روغن کدو تلخ ناک میں ڈالیں۔

غذا:

۱۔ لطیف، ذود ہضم اور مقوی غذائیں مثلاً دودھ، آش جو، ساگودانہ، مرغ کا شوربہ مونگ کی دال، بکری کا شوربہ دیں۔

۲۔ ٹھنڈی ثقیل اور نفاخ چیزیں نہ کھلائیں۔

SINUSITIS

(التہاب تجاویف انف)

SINUSES:

- Maxillary sinus
- Ethmoid sinus
- Frontal sinus
- Sphenoid sinus

Maxillary sinus more common or more involved because-

1 improper drainage because of one opening.

2. Molar and premolar roots open at maxillary floor so more prone to infection.

DEFINITION (تعریف):

Inflammation of mucosa of sinus is known as sinusitis.

اس مرض میں ناک کی تجاویف میں التہاب پیدا ہو جاتا ہے جس سے وہاں اوذیرائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

TYPES(اقسام):

Sinusitis

i Acute Sinusitis (التہاب تجاویف انف حاد)

ii Chronic sinusitis (التہاب تجاویف انف مزمن)

A. ACUTE SINUSITIS (التہاب تجاویف انف حار):

CAUSES (اسباب):

A. Predisposing Factors:

1. Common cold and cough
2. Acute rhinitis
3. Influenza
4. Recurrent nasal infections
5. Recurrent tonsil infections
6. Recurrent pharyngitis
7. Adenoids
8. Nasal pathology like D.N.S. (Deviated nasal septum)
9. Hypertrophied turbinates
10. Nasal polyp.
11. Foreign body in nose
12. Maggots
13. Nasal growth

i. Malignant

ii. Benign

B. Causative organisms:

1. Pneumococcus
2. Streptococcus

3. Staphylococcus
4. Haemophilus influenzae
5. Micrococcus catarrhalis

C. Dental infections:

1. Dental carries
2. Gingivitis
3. After dental extraction
4. Any trauma
5. Macrodentalis organisms
6. Putrifactive organisms

۱۔ بواسیر انف
۲۔ قذی انف
۳۔ التہاب لوزتین
۴۔ قوت مدافعت کا ضعف
۵۔ رہائشی بدنظمی
۶۔ غیر شفاف اور آلودہ پانی میں غسل کرنا
۷۔ غلبہ اخلاط اربعہ

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Malaise
2. Bodyache
3. Fever

4. Shivering

5. most important feature being pain

6. In maxillary sinusitis the pain is felt in the cheeks below the eye, it may be reffered to the teeth and the pain is aggravated on stooping or coughing

7. In ethmoiditis the pain is localised over the nasal bridge, inner canthus and behind the eye.

8. In frontal sinusitis the pain is localised over the forehead and the patients complains of headache. The pain is severe in the morning.

8. In sphenoidal infection the pain is usually referred to vertex or occiput.

9. Inflammation of more than on sinus is marked by pain all over the sinuses

10. Nasal blockage

11. Excessive mucopurulent nasal discharge

SIGNS:

1. Redness and oedema of the soft tissue of the face over the sinus involved.

2. Tenderness on applying pressure over the sinus

3. Anterior rhinoscopy reveals generalised congestion of

the nasal mucosa

4. Presence of mucopus in the nose

5. Posterior rhinoscopy also reveals the presence of mucopus and congestion.

INVESTIGATIONS (تفتیش):

- Blood: TLC, DLC, Hb%, ESR
- Radiology or X-ray examination of paranasal sinuses, occipito-mental view (Water's view) is helpful in revealing the condition of sinuses.

The sinuses appear as hazy and may show a fluid level.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:

1. Chronic rhinitis
2. Trigeminal neurelgia

TREATMENT (علاج):

1. Bed rest is important in acute condition
2. Antibiotic in full dose

i. Penicillin

ii. Broad spectrum antibiotics like amoxycillin, ampicillin and tetracyclin

3. Nasal decongestants help in reducing oedema and thus help in drainage of the sinus.

4. Steam inhalation through the nose are soothing

5. Analgesic for pain

6. Antipyretic for fever

7. Surgery is avoided in acute sinusitis

8. However the symptom do not subside perticularly in frontal sinusitis with increasing cellulitis then drainage of the frontal sinus is done through the floor of frontal sinus above the inner canthus. This procedure is known as trephining of the frontal sinus.

CHRONIC SINUSITIS

(ورم تجاویف انف مزمن)

CAUSES (اسباب):

1. Chronic sinusitis is usually the result of incompletely resolved acute sinusitis.

A. Predisposing Factors:

1. Common cold and cough
2. Acute rhinitis
3. Influenza
4. Recurrent nasal infection
5. Recurrent tonsil infection
6. Recurrent pharyngitis
7. Adenoids
8. Nasal pathology like D.N.S. (Deviated nasal septum)
9. Hypertrophied turbinates
10. Nasal polyp.
11. Foreign body in nose
12. Maggots
13. Nasal growth

i. Malignant

ii. Benign

B. Causative organism:

1. Pneumococcus
2. Streptococcus
3. Staphylococcus
4. Haemophilus influenzae
5. Micrococcus catarrhalis

C. Dental infection:

1. Dental carries
2. Gingivitis
3. After dental extraction
4. Any trauma
5. Macrodentalis organism
6. Putrifactive organisms

PATHOLOGY (ماہیت):

Mucosa of sinus shows chronic inflamatory changes. Cilia get damaged by infection, Inadequate drainage of sinus cavity. The retained secretion lead to reinfection. Periphlebitis and perilymphangitis, Oedema and polyp formation (= hypertrophic and polypoidal sinusitis). Chronic inflammatory process may induce atrophic

changes in the sinus mucosa with increase in submucosal fibrous tissue (atrophic sinusitis)

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. Nasal obstruction because of D.N.S., polyposis or hypertrophied turbinates.
2. Nasal discharge which could be mucoid, mucuprulent or prulent. Post nasal discharge is a common symptom which cause irritation to the patient to clear his throat frequently
3. Abnormalities of smell like hyposmia (diminished acuity of smell), Cocosmia (Unpleasent odour) and Parosmia = (distortion of smell perception) may occurs.
4. Epistaxis
5. Dryness of the throat
6. Repeated sore throat
7. Headache (commonest symptoms)
8. Sense of tiredness
9. Low grade fever
10. Feeling of being unwell
11. Gastrointestinal upsets
12. Chronic bronchitis

ON EXAMINATION (معائنہ کرنے پر):

1. Nasal mucosa appears red with turgescent mucosa.

2. Crusting of the mucosa may be present

3. In maxillary sinusitis pus is seen in the middle meatus

4. In frontal sinusitis the pus is usually seen in the middle meatus.

5. In sphenoid sinusitis pus may be visible in the olfactory cleft.

6. Tenderness of sinuses may be present.

7. Redness on the sinus may be seen.

INVESTIGATIONS: (تفتیش)

1. X-ray examination shows hazy sinuses and may show fluid level cr polypoidal change.

2. Transillumination is less significant.

3. **Proof Puncture:** If pus can be obtained from the sinus cavity it is direct evidence of sinusitis. Culture and sensitivity test should be done.

TREATMENT (علاج):

Aim: To help in the drainage of discharge from the sinus cavity and remove the predisposing factor.

1) Medical Therapy:

i. Broad spectrum antibiotics after culture and sensitivity test.

ii. Local and systemic decongestants.

iii. Analgesic

iv. Metronidazole

SURCICAL TREATMENT:

1. ANTRUM PUNCTURE: under L.A., the trocar and cannula are put under the inferior turbinate about 1/2 inch from the anterior end of the turbinate.

- The sinus is irrigated with sterile normal saline at body temperature as the patient is told to breath through the mouth with the head down.
- Discharge can be sent for cytological or bacteriological examination.

2. INTRANASAL ANTROSTOMY (INA):

- This is a drainage operation performed on the maxillary sinus. The purpose is to create a permanent window near the floor of antrum so as to facillitate drainage of the discharge.

3. CALD WELL-LUC OPERATION:

Indications:

i. It is a radical operation for those cases of chronic maxillary sinusitis when the mucus is permanently damaged and shows no chance of recovery.

ii. Inspection and biopsy of suspected tumour of the sinus.

iii. Surgery for dental or dentigerous cysts.

iv. Recurrent antrochoanal polyp.

v. As an approach to reduce fracture of orbital floor or zygoma.

vi. As an approach to sphenopalatine fossa for maxillary artery ligation and vidian neurectomy.

vii. Trans antral ethmoidectomy, sphenoidectomy hypophysectomy.

viii. Oroantral fistula.

ix. Foreign body in maxillary antrum.

4. FESS OR FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY

5. ETHMOIDECTOMY

6. FRONTO ETHMOIDECTOMY

7. OSTEOPLASTIC FLAP OPERATION ON THE FRONTAL SINUS

اصول علاج:

۱۔ اصل سبب مرض کا ازالہ کریں۔

۲۔ مسکن درد ادویہ استعمال کرائیں۔

۳۔ ہوادار کمرے میں آرام کا نظم کریں۔

۴۔ عوارضات کی تخفیف کی تدابیر کریں۔

نسخہ:

۱۔ اسطوخودوس (۳ گرام)، سپستاں (۵ دانہ) خبازی، اصل السوس، پرسیاؤشاں کا جوشاندہ بنا کر شربت بنفشہ یا شربت اسطوخودوس کے ساتھ دیں۔

۲۔ اسطوخودوس، گل گاؤزباں، حب آلاس، کشنیز خشک، تخم کاہو، کوکنار، اجوائن خراسانی، تخم خشخاش کا خیساندہ بنا کر قند سفید ۵۰۰ گرام میں قوام تیار کریں اور گل سرخ، رب السوس، نشاستہ، کشنیز، صمغ عربی، مرکی باریک پیس کر ملائیں اور ۵۔۳ گرام استعمال کریں۔

۳۔ صمغ عربی، زنجبیل، ریوند خطائی، تخم جوز ماثل تمام کو پیس کر چنے کے برابر حبوب بنا کر ۴۔۳ گولیاں استعمال کریں۔

۴۔ حب جدوار (۲ عدد) دیں۔

۵۔ اطریفل اسطوخودوس (۷ گرام) استعمال کرائیں۔

۶۔ تریاق نزلہ (۵ گرام) اور اطریفل اسطوخودوس (۷ گرام) کو ملا کر ہمراہ حب جدوار (۲ عدد) دیں۔

۷۔ سہاگہ، پھٹکری، نوشادر، برگ نیم، سوڈا نمک طعام یا بورہ ارمنی سے douching کریں۔

COMPLICATIONS OF SINUSITIS (عوارضات):

1. Osteomyelitis

2. Orbital cellulitis

3. Proptosis

4. Cavernous sinus thrombosis

5. Cerebral abscess

6. Meningitis (most common complication of acute ethmoidal and sphenoidal sinus)

7. Persistent laryngitis

8. Hypertrophy of lateral pharyngeal bands.

FOREIGN BODY IN NOSE

(ناک میں جسم غریب ، قذی انف)

DEFINITION (تعریف):

Foreign body in the nasal passage common especially in children, mentally retarded adults.

CAUSES (اسباب):

i. Inanimates like glassbeads, buttons, pieces of pencil, paper, peas and beans metals, plastic piece.

ii. Animates like maggots, leeches, other insects.

۱۔ سیم، چنا، مٹر کے بیج کا ناک میں پھنسنا۔

۲۔ مچھر، مکھی یا اس طرح کے دوسرے کیڑے مکوڑے کا ناک میں چلا جانا۔

CLINICAL FEATURES (علامات):

1. History of administer some things
2. Nasal obstruction
3. Nasal discharge
4. In long standing cases ulceration and epistaxis
5. Suppuration
6. Foul smell discharge in case of maggots

ON EXAMINATION:

1. Inflammatory changes

2. Erosion

3. Congestion

4. Ulceration

۱۔ متاثر نتھنے میں وہ چیز دیکھی جاسکتی ہے۔

۲۔ درد ہوتا ہے۔

۳۔ متاثرہ جانب سے اکثر رطوبت بہتی رہتی ہے۔

۴۔ وحشت، الجھن ہوتی ہے۔

۵۔ اس جانب کا رخاء موزم ہو جاتا ہے۔

۶۔ تنگی تنفس ہوتا ہے۔

۷۔ بخر انف، قروح و ورم غشاء انف ہوسکتا ہے۔

DIAGNOSIS (تشخیص):

1. History is suggestive

2. Complain of nasal obstruction

3. Unilateral blood discharge

4. Foul smelling discharge

5. Anterior rhinoscopy

6. Foreign body is felt on probing

7. X-ray of nasal cavity shows radio-opaque foreign body.

MANAGEMENT (علاج):

1. A curved hook is passed beyond the foreign body

which is then gently pulled forward.

2. A Eustachian catheter usually serve when foreign body is impacted.

3. Hot carbolic acid for douching for larva expulsion.

4. Olive oil instillated in nose

5. After killing of maggots withdraw the maggots

6. Maggots in the nose are asphyxiated with a ribbon gauze pack soaked in terpentine oil, kept in the nasal cavity for some time then remove with a forcep as maggots crawl out in search of oxygen.

UNANI TREATMENT:

۱۔ مخالف جانب کے نتھنے کو اور منہ کو بند کر کے پوری قوت سے سانس خارج کرنے کے لئے کہیں۔اس عمل سے وہ خارجی،موذی شئے خارج ہو سکتی ہے۔

۲۔ کندش،فلفل سیاہ، جند بیدستر،خردل ان ادویہ میں سے کسی ایک کا سفوف ناک میں نفوخ کریں۔

۳۔برگ کشنیز سفید،دانہ الائچی خرد،فلفل دراز،ان دواؤں کا سفوف بنا کر استعمال کریں۔

۴۔ ناک میں کسی پرندے کا پر ڈال کر پھریری کریں اور جب چھینک آنے کو ہو تو متاثر جانب کی مخالف ناک کا سوراخ بند کر دیں اس عمل سے وہ شئے نکل جائے گی۔